

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1886

THÈSE

N°

172

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 15 Avril 1886, à 1 heure.

PAR DENIS MICHEL,

Né à Cherbourg (Manche), le 3 janvier 1860.

Ancien externe des hôpitaux,

Licencié en droit de la Faculté de Caen.

DE LA GRIPPE

ET DE

SES MANIFESTATIONS PULMOMAIRES

(PNEUMONIE ET BRONCHO-PNEUMONIE)

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : MM. | LE FORT, professeur.
| HALLOPEAU, HUMBERT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

A. DAVY, Successeur

52, RUE MADAME ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 14

1886

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BECLARD.
Professeurs..... MM.

Anatomie.....	SAPPEY.
Physiologie.....	BECLARD.
Physique médicale.....	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	PETER.
	DAMASCHINO.
Pathologie chirurgicale.....	GUYON.
	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.....	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULENE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	VULPIAN.
	SEE (G.).
Clinique médicale.....	JACCOUD.
	HARDY.
	POTAIN
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	BALL.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
	RICHET.
Clinique chirurgicale.....	VERNEUIL
	TRELAT.
	LE FORT.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	PAJOT.

DOYEN HONORAIRE : M. VULPIAN

Professeurs honoraires : MM. GOSSELIN, BOUCHARDAT.

Agréés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	GUEBHARD.	PEYROT.	TRIBEMONT.
BOUILLY.	HALLOPEAU.	PINARD.	DESSAIGNES.
BUDIN.	HANOT.	POUCHET.	RICHETOT.
CAMPENON.	HANRIOT.	QUINQUAUD.	Ch. RICHET.
CHARPENTIER.	HUMBERT.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
DEBOVE.	HUTINEL.	RECLUS.	SEGOND.
FARABEUF, chef	JOFFROY.	REMY.	STRAUS.
des travaux anatomiques.	KIRMISSON.	RENDU.	TERRILLON.
GARJEL.	LANDOUZY.	REYNIER.	TROISIER.

Secrétaire de la Faculté : Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A TOUS MES MAITRES

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A TOUS MES MENTORS

A MA MÈRE

DE LA GRIPPE

ET DE SES MANIFESTATIONS PULMONAIRES

(PNEUMONIE ET BRONCHO-PNEUMONIE)

INTRODUCTION

Pendant l'hiver de (1885-1886) et surtout pendant les mois de janvier et de février 1886, un grand nombre de cas de grippe ont été observés. Il y a eu, en un mot, *épidémie*.

Nous avons vu beaucoup de malades dans notre service, dans les services voisins et aussi dans les hôpitaux où la bienveillance de nos maîtres et de nos amis nous donne un libre et profitable accès.

Nous avons été frappé de la fréquence, durant cette épidémie, des complications pulmonaires et nous avons songé à en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

La pneumonie et la broncho-pneumonie grippales ont en effet des allures bien spéciales et bien particulières.

Bien différente est leur marche de celle de la pneumonie franche, classique, observée en tout temps.

Des médecins éminents, des hommes qui « ont tant vu et qui savaient si bien voir » ont déjà et souvent parlé et écrit sur ces différences. — La littérature médicale possède de nombreux documents.

Un travail d'ensemble a-t-il été fait? Nous ne le pensons pas. Tout a été dit, rien n'a été réuni, en ce qui touche du moins les manifestations pulmonaires grippales.

La bronchite qui fait partie intégrante de toute grippe normale n'entrera point dans notre travail, réservé uniquement à la pneumonie et à la broncho-pneumonie.

Que nos professeurs de l'école de Caen reçoivent ici le tardif hommage de notre profonde reconnaissance et en particulier M. Denis-Dumont, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et M. le D^r Fayel, professeur d'anatomie.

Nous prions M. le professeur Brouardel, notre maître, d'agréer nos plus sincères remerciements pour l'honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse. Nous témoignons notre respectueuse gratitude à nos savants maîtres dans les hôpitaux, MM. Richet, Cornil, Dumontpallier, Peyrot, Chauffard et Ballet.

Qu'il nous soit enfin permis de citer ici nos amis, Bélin, Bouyggues et Lesage, qui ont mis à notre disposition de toutes récentes observations, et notre excellent camarade Colin, externe chez M. le professeur Sée, qui a fait pour nous de nombreuses recherches dans la bibliographie médicale étrangère.

Le plan que nous comptons adopter est le suivant :

Parler de la grippe en général et de ses complications.

Exposer, dans un second chapitre, d'une façon spéciale, la pneumonie et la broncho-pneumonie grippales,

montrer les maladies qui donnent lieu à des erreurs de diagnostic, dire quelques mots du pronostic et du traitement. Consacrer la troisième partie à nos observations. Présenter les conclusions de notre thèse.

Un mot sur nos observations : elles ne sont (dira-t-on) ni *identiques*, ni *personnelles*.

A. Certes, les courbes de température ont d'assez grandes différences.

Superposées, elles ne pourraient se recouvrir absolument. Les abscisses et les coordonnées varient, c'est-à-dire la durée de la maladie et les fastigia thermiques. L'explication de ce fait est facile : elles ont été recueillies en peu de temps (sauf une).

Nous aurions pu faire dans les auteurs qui nous ont précédé un soigneux triage pour obtenir un nombre respectable d'observations présentant le même type. Nous aurions pu, dans l'épidémie actuelle, glaner de service en service et de salle en salle et collectionner ainsi des malades se ressemblant de tous points. Nous ne l'avons point voulu. Nous n'aurions pas eu là la vérité clinique, l'aperçu général de l'épidémie actuelle. Les unités (vraies et bien observées en elles-mêmes) ne nous eussent donné, additionnées, qu'une somme séduisante mais fausse — un mirage.

Tous les tuberculeux, tous les typhiques ne se ressemblent pas ; les groupes tuberculeux et typhoïde ont été cependant irrévocablement édifiés.

Les idées seules peuvent être générales ; générales aussi les descriptions de pathologie : les faits sont toujours particuliers.

B. Je m'explique maintenant sur le mot *personnelles*.
Qu'il me suffise d'assurer ici que toutes les observations citées dans cette thèse (sauf l'observation de 1881) et dues à la gracieuseté de mes amis ont trait à des malades vus par moi dans les salles, soigneusement suivis et consciencieusement examinés.

CHAPITRE PREMIER

DE LA GRIPPE EN GÉNÉRAL.

« La grippe est une maladie épidémique, non contagieuse (1), indépendante des conditions de thermalité, paraissant due à un agent atmosphérique. Elle se caractérise essentiellement par l'irritation catarrhale ou par une véritable inflammation des voies et des organes respiratoires. »

Nous avons tenu à donner en entier cette excellente définition de la grippe due à M. le professeur Germain Sée (2).

Cette définition ressemble d'ailleurs à peu de chose près à celle de Biermer dans son remarquable article du *Virchow's Handbuch der speciellen pathologie und therapie* (3).

La grippe est essentiellement épidémique. C'est là un

(1) La chose est aujourd'hui hors de doute. Bien des auteurs cependant crurent à la contagiosité. A. Ollivier (dans la Gaz. méd. de Paris, 1875) nous donne une humoristique observation de *grippe cataire contagieuse*. Un chat abandonné, recueilli par un amateur de félins, aurait donné la grippe à cinq de ses semblables. Il y a eu autopsie des six victimes.

(2) Germain Sée. Maladies spécifiques du poumon.

(3) Biermer. Article influenza. Erlangen, 1866, t. V (1^{re} partie), p. 592-634.

fait avéré et sur lequel nous reviendrons en faisant un succinct historique de la maladie. Nous aurons à examiner l'affection au point de vue des théories microbiennes ; nous terminerons enfin par un rapide exposé des symptômes.

Auparavant, il n'est peut-être pas inutile de dire un mot de l'origine du terme lui-même ; cela est curieux en tout cas.

Nous mentionnerons également les expressions populaires extrêmement nombreuses qui ont servi à désigner l'affection à différentes époques.

Le mot *grippe* (allemand *grippe* ; anglais, italien, *influenza*) (*catarrhus febrilis*, *febris catarrhalis*, *epidemica*, *influenza artica*), etc., etc., et son synonyme *influenza* datent tous les deux de l'année 1743, époque à laquelle il y eut en Europe une épidémie assez grave.

a. Tous les auteurs sont d'accord pour rattacher le terme *grippe* au verbe français *agripper* (1), qui marque en même temps l'invasion brusque de la maladie et l'état d'affaiblissement dans lequel se trouve plongé le malade.

b. *Influenza* est un terme italien qui signifie influence, ce qui n'a pas grande portée, mais, fait curieux, ce mot a été employé pour la première fois en Angleterre en 1743 par Pringle et Huxham, et non en 1762, comme le veut Sprengel, ou en 1775, comme le prétendent Ozanam et Copland. Quant à sa signification exacte, c'est là un point encore douteux : les uns y rattachant l'idée de « l'influence du temps, » les autres prenant le mot *influenza* dans

(1) Frank le fait venir du polonais *chripka*.

un sens plus spécial, ce terme voulant dire d'après eux « *la chose du moment, la chose à la mode*, » ce que nous appelons aujourd'hui « *l'actualité* ». C'est dans ce sens qu'on l'aurait appliqué à une épidémie de grippe. (En 1709 on appelait la grippe « *la fièvre, la maladie à la mode* ».)

Voici pour les deux termes actuellement employés.

La grippe a été désignée par une foule d'expressions populaires se rattachant soit à son mode d'invasion, soit à son origine, soit à ses symptômes.

En France, d'après Pasquier, lors de l'épidémie de 1411, le nom populaire était le « *Tac* » ou le « *Horion* » ; plus tard on l'a confondue avec la coqueluche. En 1762, c'était *la maladie à la mode* ; c'était aussi, eu égard à ses migrations plus ou moins rapides « *la Baraquette, la Petite poste, le Petit courrier, la Follette* ». En 1780, on l'appelait « *la Coquette, la Grenade, la Générale* ».

En Italie, *Torella* désigne l'épidémie de 1505 sous le nom de « *il mal del castrone* » (*cegritudo ovina*).

En Allemagne, pendant l'épidémie de 1580, on désignait indifféremment la grippe sous le nom de *toux des moutons* (*Schafshusten, Schafskrankheit*), de *maladie des poules*, synonyme probable du terme français *cocote*, employé plus tard, etc., etc. En Allemagne, encore en 1782, l'épidémie étant venue de Russie, on l'appelait le *Mal russe* (ce mot est resté jusqu'en 1831), le *catarrhe foudroyant* (*Blitzcatarrh*).

La grippe a existé de tout temps ; c'est là un fait sinon certain, du moins fort probable. On n'en trouve, cependant, aucune mention dans les auteurs de l'antiquité et il faut arriver au moyen âge, en 1387, pour rencontrer la

première mention d'une épidémie certaine. A cette époque, un médecin appelé *Valesco*, observe la maladie à Montpellier où la population tout entière est prise, à l'exception d'un dixième à peine. Les gens débilités meurent en quantité.

Epidémie à Paris en 1403, 1411, 1427.

La première éclate le 27 avril : elle est notée dans les actes du Parlement. La seconde, relatée plus tard par *Pasquier* est désignée dans le peuple sous le nom de Tac et de Horion et est attribuée par le vulgaire à la colère divine contre ceux qui chantaient dans les rues des couplets obscènes. On s'abordait, paraît-il, en se demandant : « Avez-vous chanté la chanson ? »

Grande épidémie en 1580. Elle sévit par toute la France en juillet; en Allemagne, en août. Citons encore les épidémies de 1510, 1515, 1543, 1555, 1563, 1591, 1593, 1597.

Le xiv^e siècle avait vu apparaître la peste noire (1348). Le xv^e eut la suette anglaise et la syphilis.

Tant de maladies nouvelles faisaient écrire (1) « *Multos enim nosos, et veteribus prorsum ignotos morbos nostra ætas experitur.* »

Au xvii^e siècle : épidémies de 1657-58, à laquelle se rattache le grand nom de *Willis*, de 1675 à 1688 en Angleterre et en Allemagne. En 1693, la France est envahie.

En 1655, première apparition dans l'Amérique du Nord.

(1) Ingrassias. De humoribus præter naturam. Naples, 1552.

Le XVIII^e siècle est celui où la grippe s'étendit avec la plus grande intensité : 1709-1712 et enfin 1729-30 sont les dates marquantes. Dans cette dernière, toute l'Europe eut à souffrir : Terre-Neuve et Bourbon ne furent pas épargnées.

Cette épidémie de 1729 est certainement remarquable et par son extension inusitée, et par les hommes qui l'étudièrent : *Van Swieten* en Hollande et *Jussieu* qui en fit le sujet de sa thèse inaugurale. L'invasion suit une marche pour ainsi dire cyclique, et se fait avec une incroyable rapidité. Tout le monde, pour ainsi dire, est atteint ; à Vienne, à Rome on compte 60,000 malades ; à Londres 10/0 à peine de la population est épargné. Dans cette ville, 908 personnes meurent en une semaine, d'après une statistique du temps. A ce sujet Biermer dit avec raison qu'on a dû mettre sur le compte de la grippe les décès occasionnés par une autre maladie infectieuse, le typhus par exemple. En effet, le pronostic de la grippe a de tout temps été très bénin et en formelle contradiction avec la mortalité énoncée plus haut. Ajoutons que les auteurs anglais signalent en 1729 des complications multiples telles que : éruptions cutanées, pétéchies, parotidites, fièvre maligne, délire, convulsions, maladies de poitrine, etc.

Disons, cependant, qu'étant donné le climat humide et froid de nos voisins, la grippe revêt peut-être chez eux des allures tout à fait anormales et exceptionnellement graves.

En 1742, la grippe sévit de nouveau surtout en Angleterre, où elle est très dangereuse, d'après Huxham. Les gens âgés meurent en grand nombre.

En 1782, la maladie reparaît presque aussi intense qu'en 1729. Cette fois, elle vient de Russie. A Cazan en décembre 1781, à Saint-Petersbourg en 1782; elle envahit de là la Courlande, la Finlande, la Prusse et se généralise à toute l'Europe du mois de mars au mois de juillet, en marchant du Nord-Est à l'Ouest et au Sud. Cette rapidité lui vaut en Allemagne le nom de catarrhe foudroyant (*Blitzcatarrh*). Dans la plupart des endroits les deux tiers et les trois quarts de la population sont atteints. Enfin, fait intéressant à ce point de vue pathogénique, on observe des cas de grippe sur des vaisseaux en pleine mer. Les complications intestinales sont fréquentes.

Pour compléter rapidement la nomenclature des épidémies du XVIII^e siècle, nous citerons les dates de 1762, 1767, 1772, 1775, 1780.

Nous arrivons maintenant au XIX^e siècle. Épidémie en 1800, observée en Russie et en Chine par Pearson. Grande épidémie de 1830-1837. Pendant cette période de 7 années, la grippe a régné à l'état endémique en Europe. En 1833, à Paris, elle dure plus d'un an. Sa plus grande intensité est en 1836-37. Elle est à Sydney (Australie) au mois d'octobre 1836. Elle est aussi au Cap. Puis simultanément, elle envahit l'Angleterre, la Russie, la Suède, le Danemark, l'Allemagne du Nord. En 1837, c'est le tour de l'Égypte et de la Syrie, au mois de janvier. Elle revient en Europe et s'y étend dans toutes les directions. L'intensité des symptômes, la fréquence et la gravité des complications et surtout des complications thoraciques ont donné à cette épidémie un cachet tout spécial.

A partir de cette époque (1837), les épidémies de grippe bien que très fréquentes (1841, 1843, 1850, 1857, 1860, 1864, 1866, 1868, 1870, 1871), n'ont plus eu ce caractère d'envahissement universel par lequel elles se signalaient autrefois.

Que dire maintenant de la pathogénie de la grippe ? de l'essence même de la maladie ? Le sujet a prêté à bien des controverses et l'on doit avouer que la question aujourd'hui n'est pas résolue encore. Cependant, avec les progrès incessants et bien constatés de la doctrine parasitaire des maladies infectieuses, on peut supposer que le jour est proche où l'origine microbienne de la grippe sera un fait démontré. Nous nous bornerons ici à reproduire les idées émises par M. le professeur Germain Sée (1) sur la pathogénie de l'influenza.

La grippe, dit en substance ce maître éminent, est épidémique, mais non contagieuse, et il cite à l'appui des cas observés en pleine mer là où la contagion directe par les malades et par les vêtements était impossible. Il insiste également sur l'immunité de certains quartiers pendant l'épidémie de 1837 à Paris et à Pétersbourg, où la contagion a été impuissante.

La grippe ne dépend pas de la climatologie : le fait est indéniable : on trouve cette maladie dans les régions les plus différentes au point de vue du climat (voir historique). Elle n'est pas non plus sous l'influence des saisons ; on l'a observée pendant tous les mois de l'année.

Rien de certain non plus sur l'influence de la tempé-

(1) Germain Sée. Mal. spécif. du poumon, 1885.

rature; souvent la propagation s'est faite de l'Est à l'Ouest et au Sud (influenza artica).

Inutile d'insister sur l'opinion qui rattache la maladie à l'augmentation de l'ozone dans l'air.

Il reste donc en présence deux opinions: l'origine tellurique défendue par *Graves*, *Jaccoud*, *Biermer*; l'origine parasitaire que soutient le professeur *Sée*.

Les dernières recherches semblent devoir lui donner raison. *Otto Seifert* (1) a constaté, en effet, la présence dans les crachats des malades atteints de grippe de nombreux *cocci* qu'on ne trouvait pas ailleurs et non inoculables aux animaux. Très abondants dans le mucus vitreux ou visqueux, ils étaient rares dans les crachats purulents.

D'autre part, MM. *Cornil* et *Babès* (2) s'expriment de la façon suivante sur les microbes de l'influenza : « *Letzerich* (*Ach. für exp. Pathologie*, 1880) considère l'influenza ou grippe comme une affection mycosique du sang causée par des microcoques. Les cultures du sang qu'il a tentées ont donné des cocci ne se développant pas en chaînettes, mais bien en colonies irrégulières. Il faut observer que ces cultures ont été faites par le procédé de *Letzerich*, qui était loin d'offrir la rigueur des méthodes que nous connaissons aujourd'hui. »

Quelques mots maintenant, avant de terminer cette

(1) *Otto Seifert*. Ueber Influenza (in *Volkmann's Sammlung klinischer Vorträge*, n° 240, 1884).

(2) *Cornil* et *Babès*. Les bactéries, p. 556. Paris, Alcan, 1885.

étude générale, sur la symptomatologie de l'affection.

Nous prévenons le lecteur que nous conserverons, pour la facilité de la description, les soi-disant « formes » de la grippe, telles qu'on les trouve décrites le plus ordinairement (1), mais avec cette réserve expresse que, pour nous, ces formes ne sont que des symptômes de la maladie, sauf dans le cas où une nouvelle affection vient se greffer sur la première et l'absorber en quelque sorte. Dans ce cas-là, croyons-nous, on a affaire non à une forme de l'influenza, mais à une complication. C'est ce que nous essayerons de démontrer.

La grippe est une maladie qui frappe l'organisme tout entier.

Au début (période prodromique), faiblesse profonde, prostration, malaise indéfinissable, sentiment de courbature. C'est là l'invasion d'une maladie générale. Quand elle existe, cette période prodromique est courte. Elle peut manquer.

A la période d'état : *coryza* qui s'étend aux sinus fron-

(1) « Chaque épidémiographe, dit excellemment M. le professeur Sée (Loc. cit., p. 33), sans doute guidé par l'ambition de laisser à l'histoire de son épidémie un caractère indélébile lui a assigné une forme à nulle autre pareille ; de là, des variétés placées sous le vocable de *genius epidemicus*. C'est ainsi qu'on est arrivé à compter trois formes diverses de la maladie, à savoir : la forme *muqueuse*, qui est tout simplement la grippe elle-même tout entière ; la forme *adynamique* qui n'est que le résultat des phénomènes de fatigue musculaire et enfin une grippe *gastrique* ou gastro-intestinale, que je considère uniquement comme l'effet de la fièvre et de la prostration. »

taux et maxillaires, souvent aux voies lacrymales et à la conjonctive. Il s'accompagne d'une intense *céphalalgie* (sus-orbitaire). Le *catarrhe* gagne le pharynx, le larynx, les bronches. L'appareil respiratoire est rapidement le siège d'une inflammation catarrhale dont l'intensité varie (individus et épidémies).

A l'auscultation : râles ronflants et sibilants disséminés, indice de la bronchite.

La laryngo-trachéo-bronchite n'est pas toute la grippe. C'est, et ce n'est que le symptôme le plus constant, la localisation principale.

D'autres signes indiquent la nature générale de la maladie.

Les phénomènes nerveux, vagues du début, acquièrent peu à peu une intensité plus grande à mesure que se développe la laryngo-trachéo-bronchite. Il ne s'agit point ici de phénomènes nerveux localisés, mais diffus et généraux : « Dès le début (1), dit M. le Dr Brochin, « on a vu se produire de l'anxiété précordiale, des « tremblements musculaires, des soubresauts, des vertiges et des altérations des sens, particulièrement des « troubles de la vision et de l'ouïe. Quelques malades « semblent avoir constamment un voile devant les yeux, « d'autres ont des éblouissements et même, dans quelques cas, on note une amaurose passagère en même « temps des bourdonnements d'oreille, parfois une véritable otalgie. Le goût et l'odorat sont souvent altérés, diminués ou pervertis. La sensibilité générale est

(1) Brochin. Dict. Dechambre. Art. Grippe.

« également atteinte; il y a des hyperesthésies partielles,
« circonscrites, et dans quelques cas une hyperesthésie
« générale. Les malades éprouvent des douleurs lom-
« baires, quelquefois de véritables douleurs arthralgi-
« ques simulant le rhumatisme et les névralgies. Enfin,
« les facultés intellectuelles sont elles-mêmes dépri-
« mées, obscurcies, le sommeil est troublé, agité, coupé
« de rêveries. Quelques malades ont un léger sub-
« delirium, la plupart tombent passagèrement dans un
« véritable état mélancolique. »

Dans d'autres cas on a des manifestations de la ma-
ladie générale sur l'appareil digestif : embarras gastri-
que, langue couverte d'un enduit saburral, bouche pâ-
teuse et amère. Le malade a de l'anorexie, quelquefois
des vomissements. La diarrhée et la constipation peu-
vent exister, celle-ci plus rare.

La *fièvre* de la grippe n'a qu'un caractère : son ex-
trême irrégularité. M. le professeur Jaccoud insiste
beaucoup sur ce fait à la suite des observations faites
par lui durant l'épidémie de 1876-1877.

Suivant que le système nerveux (1), l'appareil pul-
monaire ou l'appareil digestif est particulièrement at-
teint, on a ou la forme cérébrale, ou la forme abdomi-
nale ou la forme thoracique (2).

A. La forme *cérébrale* est caractérisée par l'exagéra-
tion des phénomènes nerveux, décrits plus haut; sym-

(1) Voir la note de la page 18.

(2) Th. de Moreau, 1885.

ptômes d'hyperhémie encéphalique. On voit souvent dans cette variété le coryza porté à un très haut degré.

B. La forme *abdominale* se distingue par la diarrhée peu copieuse, en général.

Quelquefois cependant, comme M. le professeur Potain l'a observé pendant l'épidémie de Paris en 1880, la diarrhée peut être très abondante et revêtir le caractère de l'entérite cholériforme ou de la dyssenterie.

On comprend que dans ce cas la coexistence des autres symptômes de la grippe soit importante pour distinguer cette modalité clinique d'avec la dyssenterie vraie et de l'entérite à forme cholérique.

En même temps que la diarrhée, il y a quelques coliques et tous les signes d'embarras gastrique. Si cette forme abdominale se fond avec la forme cérébrale, la grippe prend l'aspect typhoïde et présente de multiples points de ressemblance avec la dothiéntérie. L'épistaxis n'est pas rare. En revanche, les taches rosées lenticulaires font toujours défaut. Il y a là matière à diagnostic et à discussion.

C. La forme *thoracique* est la plus fréquente de toutes. La bronchite tient le premier plan. La bronchopneumonie et la pneumonie viennent compliquer la situation. Nous les étudierons en détail quand nous aurons vu d'une façon rapide les cas divers qui viennent donner à la grippe une allure particulière en rendant son pronostic plus sévère.

COMPLICATIONS DE LA GRIPPE (*formes graves*).

Nous sommes fort embarrassé pour définir ce qui est dans la grippe une complication : chose relativement facile à énoncer dans les autres maladies. Dans une plaie de tête, l'érysipèle ; dans la variole, l'ulcération cornéenne ; dans la typhoïde, la perforation intestinale ; dans l'ulcère simple de l'estomac, l'hémorrhagie foudroyante ; voilà autant de complications qui se passent de commentaires.

Bien différentes sont les complications grippales. Suivant le point de vue auquel on se place, tout peut être considéré comme faisant partie intégrante de la maladie ; tout peut être regardé comme une complication. La conjonctivite, l'otite, l'albuminurie, la diarrhée pseudo-cholériforme, la pneumonie sont-elles des complications ? Les uns l'affirment, les autres le nient (ce seraient là des manifestations).

Ce sont questions de doctrine.

A notre avis le mot manifestations conjonctivales, intestinales, pulmonaires, rénales est préférable. Cependant, respectant la tradition, nous conserverons sous la dénomination de complications les variétés grippales qui par leur importance et leur danger, deviennent presque des maladies nouvelles, maladies auxquelles il faut s'attaquer au plus vite, en oubliant presque l'influence grippale comme on traite souvent un alarmant symptôme en faisant abstraction de la maladie mère ; les

bains froids contre-indiqués dans le rhumatisme trouvent leur logique application dans le rhumatisme cérébral.

Nous ne pouvons étudier en détail toutes les complications de la grippe. Nous désirons seulement les énumérer et nous ne pouvons mieux faire que de donner ici les divisions et subdivisions si claires et si précises adoptées par M. le professeur Sée et appelées par lui « formes graves » (1).

I. — GRIPPE BRONCHO-PULMONAIRE GRAVE.

- a. *Bronchiolite.*
- b. *Bronchopneumonie.*
- c. *Pneumonie migratrice.*
- d. *Pleuropneumonie.*

II. — GRIPPE INFECTIEUSE GRAVE (localisée sur les organes lymphoïdes, amygdales, rate, glandes sécrétoires, reins).

- a. *Angine.*
- b. *Amygdalite* (qui peut s'abcéder, 40°, subdelirium.)
- c. *Rate.* — Hypertrophie douloureuse.
- d. *Reins.* — Albuminurie.

III. — LÉSIONS CÉRÉBRO-MÉNINGÉES (difficiles à diagnostiquer de la fièvre typhoïde et de la tuberculose).

Dans ce tableau rentrent à peu près toutes les complications de la grippe.

(1) Germain Sée. Loc. cit.

Il y a cependant des complications peu fréquentes qui y trouveraient difficilement leur place ; tel le fait de M. le professeur Richet, en 1879 : « suppuration diffuse « sous-périostique de l'extrémité inférieure du fémur sur- « venue dans le cours d'une grippe s'étant comportée « dans cette circonstance à la façon des fièvres « graves. »

Nous avons eu la bonne fortune d'observer dans le service de notre maître, M. le professeur Brouardel, deux rares complications de la grippe : *la paralysie des cordes vocales et l'otite externe* (non encore signalées). Dans l'espace de quelques semaines nous avons eu 3 ou 4 malades de chacune de ces variétés cliniques. Leur grippe était du reste bénigne et banale quant aux autres manifestations.

Dans les autres services hospitaliers, nous n'avons pu trouver de cas analogues. Le hasard nous a donc étrangement favorisé. Les malades atteints d'otite ont été examinés soigneusement par M. le Dr Richardière. Il n'a trouvé aucune lésion de la membrane du tympan. Il y aurait donc lieu de subdiviser l'otite grippale. Le premier genre, dû à l'inflammation catarrhale, se propageant par la trompe d'Eustache (salpingite catarrhale) ; dans le second, la muqueuse de l'oreille externe serait frappée de prime abord. Nous avions songé à faire quelques recherches dans cette voie et à les présenter comme sujet de notre thèse. Il eût fallu, pour mener à bien ce travail, posséder des connaissances spéciales et avoir une grande habitude des explorations auriculaires et laryngiennes. Elles nous font encore défaut, nous l'avouons.!

Nous nous sommes souvenu des vers d'Horace,

« Et versate diu quid ferre recusant,
« Quid valeant humeri.

et nous avons préféré porter toute notre attention sur les manifestations pulmonaires de la grippe, sujet qui nous était moins étranger. Parmi ces manifestations, la pneumonie et la bronchopneumonie étant de beaucoup les plus importantes et les plus fréquentes, c'est à leur étude que nous consacrerons les pages suivantes.

CHAPITRE II.

I. — De la pneumonie grippale.

Étiologie. — On manque de renseignements bien précis sur la fréquence de la pneumonie grippale. *Biermer*, que tous les auteurs citent à ce propos, donne comme moyenne 5 à 10 0/0, *Landau* 22 0/0, *Lepelletier* 13 0/0, *Zuelzer* dans son article Grippe de l'Encyclopédie de *Ziemssen* (1), rapporte d'après *Copland* qu'en 1837, sur 183 malades admis à l'Hôtel-Dieu pendant les deux premiers mois de l'épidémie, il y a eu quarante pneumonies.

Nous avons vu, en faisant l'historique de l'influenza que certaines épidémies, entre autres celles de 1729, 1742, 1857 s'étaient tout particulièrement distinguées par la présence de la gravité des complications thoraciques. En tout cas, il semble que cette année, la pneumonie soit venue très souvent aggraver l'affection qui nous occupe.

A défaut de renseignements statistiques précis qui font encore défaut, nous pouvons affirmer avoir vu un très grand nombre de cas. Nous en rapportons dans ce travail, quelques observations dont quelques-unes ne sont peut-être pas dénuées d'intérêt.

(1) *Ziemssen*. (Voir Index Biblog.)

Si nous disons que la pneumonie grippale, comme les pneumonies ordinaires, a surtout frappé les hommes et qu'elle s'est montrée souvent pendant la convalescence de l'influenza (ainsi que l'avait déjà remarqué Hub. Boëns nous en aurons fini avec l'*Etiologie*.

Nous abordons maintenant un sujet infiniment plus complexe et en même temps plus intéressant : la *pathogénie* de la pneumonie grippale.

La phlegmasie pulmonaire, qui survient dans le cours de la grippe, a été regardée par certains auteurs comme une complication de cette maladie, comme une pneumonie franche, inflammatoire venant se greffer sur la grippe, de telle sorte que dans ce cas la pneumonie n'aurait aucun rapport avec l'Influenza. Celle-ci formerait simplement le terrain sur lequel la pneumonie viendrait s'établir comme chez les gens atteints de misère physiologique. La grippe serait tout au plus une cause prédisposante.

D'autres auteurs, au contraire, admettent qu'il y a une pneumonie grippale, que cette dernière n'est même pas une complication, mais fait partie intégrante de la grippe, due dans ce cas à la propagation de l'inflammation catarrhale des bronches aux lobules pulmonaires.

Lombard (1) est le premier auteur qui ait individualisé la pneumonie grippale et regardé cette affection comme une simple extension du catarrhe. Cet auteur

(1) Lombard. Grippe de 1831, *Gaz. méd. de Paris*, 1833.

lui a donné le nom de pneumonie grippale. Malcorps (1), dans une monographie couronnée par l'Académie de médecine de Belgique, admet qu'il peut survenir dans la grippe deux états pathologiques différents :

1° L'un qui n'est que l'extension de la bronchite au tissu pulmonaire, c'est la pneumonie grippale de Lombard.

2° La pneumonie franche qui survient chez un homme atteint de grippe comme chez une personne bien portante.

En définitive, la question se résume à ceci ; Y a-t-il une pneumonie grippale en tant que maladie distincte, déterminée, dépendant de la grippe et absolument différente de la pneumonie franche, infectieuse, aiguë ?

A la question ainsi posée, nous n'hésitons pas à répondre non. La pneumonie est une maladie distincte, *sui generis*, qui reconnaît non pas seulement une cause interne (la prédisposition du malade) et une cause externe, le froid, comme le disait naguère M. le professeur Jaccoud, mais qui a une troisième cause bien nette, bien déterminée, indispensable, *un agent infectieux*.

Donc il n'y a pas de pneumonie grippale, il y a des pneumonies dans la grippe, de même qu'il n'y a pas deux sortes de pneumonie, une pneumonie infectieuse et une pneumonie franche.

« Certains pathologistes, disait M. Landouzy, il y a « quelque trois ans, voudraient qu'on séparât la pneu-

(1) Malcorps. Bruxelles, 1874. La grippe et ses épidémies, etc.

monie vraiment infectieuse de la pneumonie franche, « banale. Autant diviser également l'érysipèle en érysipèle infectieux et érysipèle banal. La variation d'intensité de la pneumonie tient bien plutôt à la vitalité, « au développement du *micrococcus*. C'est toujours « affaire de graine et de terrain. Ces mêmes variétés « existent dans toutes les maladies infectieuses (1). »

Nous avons d'ailleurs deux arguments des plus sérieux en faveur de notre thèse. Le premier c'est que toutes les épidémies de grippe ne s'accompagnent pas de pneumonie grippale, ce qui n'aurait aucune raison d'être si la pneumonie était sous la dépendance directe de l'influeza. Au contraire certaines autres (1830-37, 1847, etc., 1886, sont remarquables par la fréquence des cas de pneumonie. N'est-il pas logique d'admettre qu'en même temps que la grippe, la pneumonie régnait à l'état épidémique (2).

L'existence des épidémies de pneumonie est aujourd'hui démontrée et reconnue par tout le monde (3).

Le second argument à faire valoir, c'est la présence dans la pneumonie grippale des microbes caractéristiques de la pneumonie (4), c'est là un fait irrécusable

(1) Landouzy. Cours de la Faculté (inédit), 1882. — Voy. aussi G. Sée. Mal. spécifiques du poumon. Unité de la pneumonie, p. 114.

(2) Voir l'appendice.

(3) Voyez Germain Sée. Mal. spécif. du poumon. Epidémies de pneumonie, p. 111.

(4) Netter. Récente communication (Voir à la fin de notre thèse).

et qui tranche la question à notre avis. Donc, bien qu'extrêmement importante, la grippe n'est qu'une cause prédisposante de la pneumonie grippale.

On nous objectera immédiatement la différence de pronostic. La pneumonie franche, si elle éclate

de 16 à 30 ans tue dans 1/14 des cas

30 à 40 — 1/7 —

50 à 60 — 1/5 —

au contraire, la pneumonie grippale se termine souvent par la guérison. Certes, la question est délicate. Mais qui sait si la présence de la grippe n'entrave pas à un moment donné le développement du *pneumonococcus*; s'il ne s'agit pas précisément ici de ces questions de terrain dont parlait tout à l'heure M. le professeur Landouzy. Enfin, il ne faut pas perdre de vue que dans les graves épidémies, la pneumonie grippale a fait de grands ravages et que chez les vieillards et les enfants elle est extrêmement redoutable (1).

Cette année surtout, le pronostic a été souvent très sérieux.

Nous n'insisterons pas longuement sur l'anatomie pathologique de la pneumonie de l'influenza. Les autopsies sont malheureusement fort rares et, dans les deux cas rapportés plus loin de deux conjoints morts à la Pitié, la nécropsie n'a pu être faite.

On trouve tout d'abord, d'après Tigri (2), les lésions ordinaires de la grippe, c'est-à-dire une rougeur de la

(1) Voir l'appendice.

(2) Cité dans l'article Grippe, de l'Encyclop. d'Eulenburg.

muqueuse du palais, de la trachée qui serait un *exanthème* pathognomonique de l'influenza. Les muqueuses pharyngienne, laryngienne, bronchique, stomacale sont aussi injectées et enflammées.

Du côté du poumon, voici comment M. *Bucquoy* décrit les lésions : « Les lésions de la pneumonie sont alors « très peu étendues, quelquefois même absentes. Ce « sont surtout des pneumonies congestives. Le tissu est « mou, infiltré de sérosité, fortement engorgé. Ce n'est « pas de la pneumonie franche, c'est plutôt de la broncho-pneumonie. *Graves* signale des cas dans lesquels « on a pu constater une dyspnée excessive et une « asphyxie sans rapport avec l'étendue et la gravité des « lésions pulmonaires. »

Disons cependant qu'on peut trouver les mêmes lésions que dans la pneumonie ordinaire et avec les trois périodes anatomiques. Nous n'insisterons pas sur ces détails qui se trouvent dans tous les traités de pathologie. Nous renvoyons le lecteur à un des ouvrages les plus récents, au livre de M. le professeur Sée, sur les maladies spécifiques du poumon où la question est discutée d'une façon complète (p. 140 et 152).

Un mot en terminant des micro-organismes de la pneumonie. On sait qu'ils ont été décrits et expérimentés par *Friedlander*, en Allemagne, et par *Talamon*, en France. Pour *Friedlander*, ces micro-organismes sont des bactéries ellipsoïdes isolées ou accouplées deux par deux

(1) *Bucquoy*. Leçon recueillie par M. A. Pichard. *Mouv. médical* de 1875.

ou en chapelet. Ils sont caractérisés par la présence d'une capsule deux ou trois fois plus grande que le microcoque, arrondie si celui-ci est isolé, ellipsoïde s'il se trouve associé à d'autres ou en chaînettes. Cette capsule serait composée par de la mucine.

Pour *Talamon* il n'y a pas de capsule. La caractéristique du *coccus* est sa forme. Il est en effet elliptique, en grain de blé, ou effilé en grain d'orge, d'où le nom de *coccus lancéolé* qu'il lui donne (1). Ces pneumocoques se retrouvent dans la pneumonie grippale, ainsi que vient de le démontrer M. Netter.

II. — De la bronchopneumonie grippale.

Nous arrivons à l'histoire de la bronchopneumonie au cours de l'influenza. Nous prevenons le lecteur en commençant que pour tout ce qui a trait à l'étiologie, à la pathogénie et à l'anatomie pathologique de cette affection, nous emprunterons largement à la thèse si remarquable à tous égards de M. Joffroy (2), travail qui est devenu, avec juste raison, le traité classique de la bronchopneumonie.

Elle s'observe très fréquemment dans la grippe; maladie de l'enfance et de la vieillesse, elle se rencontre très souvent dans l'âge adulte « quand une maladie favorable au développement de la bronchopneumonie vient à

(1) Cornil et Babès. Les bactéries, p. 350-352.

(2) Joffroy. Des différentes formes de la broncho-pneumonie. Th. d'agrégation, 1880. Paris, Delahaye.

« régner épidémiquement, la grippe, par exemple, ou
« encore la rougeole chez les jeunes recrues » (1).

Le fait a d'ailleurs été signalé par Laënnec (2). « J'ai
« vu plusieurs fois l'engouement persister pendant sept
« à huit jours, envahir la totalité du poumon et une
« partie de l'autre et amener la mort avant qu'aucun
« noyau hépatisé considérable ne se fût encore formé.
« Ce cas était très commun dans l'épidémie de 1803
« à 1804, connue sous le nom de grippe. »

Les formes qu'elle affecte au cours de cette maladie
sont au nombre de deux : a. la bronchopneumonie *ordi-*
naire (*splenopneumonie* de Joffroy), et b. la *bronchite*
capillaire proprement dite, caractérisée par l'intensité
de l'inflammation des bronches et par son caractère
rapidement mortel. Elle tue par asphyxie en trois,
quatre, cinq jours. C'est ce qui est arrivé, dit Joffroy,
lors de l'épidémie de 1870-71.

Quant à la pathogénie de l'affection, nous ne rencon-
trons plus ici les mêmes difficultés que pour la pneu-
monie,

« *Sans lésion bronchique procréatrice, il n'y a pas de*
« *bronchopneumonie* », dit excellemment Joffroy (*l. c.*
p. 134). Or, quoi de plus favorable à l'évolution de la
maladie que la grippe où l'inflammation des bronches
est chose constante ?

Il y a donc bien une bronchopneumonie grippale, re-
levant directement de l'influenza qui est et reste la ma-

(1) Joffroy. *Loc. cit.*, p. 135.

(2) Laennec. *Traité de l'auscult.*, édit. 1879, p. 272.

ladie principale, bien que le symptôme bronchopneumonie puisse effacer tous les autres. Le cas est donc tout différent de ce qui se passe à propos de la pneumonie de même que les deux maladies sont distinctes.

En effet, « la pathologie expérimentale, dit encore « Joffroy (p. 90), nous montre, d'accord en cela avec la « clinique et l'anatomie pathologique, que la broncho- « pneumonie est une affection distincte de la pneumonie « lobaire. On arrive, en effet, très facilement à produire « chez les animaux, par des moyens variés (1), des « bronchopneumonies ayant une très grande analogie « avec celles que l'on observe chez l'homme, tandis que « jamais jusqu'à ce jour on n'a pu produire la pneumo- « nie lobaire aiguë. »

Disons de suite que cela était écrit en 1880 et avant les expériences de Friedlander et de Talamon, ce qui d'ailleurs n'infirme en rien la valeur de l'assertion, les moyens pathogènes employés étant tout différents dans les deux cas.

Quel est le mode d'action de la grippe dans la production de la bronchopneumonie?

Les moyens expérimentaux de produire la bronchopneumonie ordinaire sont de deux sortes. On peut, en effet, soit sectionner le pneumogastrique, soit introduire chez les animaux trachéotomisés de petits corps étrangers dans la trachée. De même ici, double est le processus.

Il y a d'un côté propagation de l'inflammation des

(1) Et nous ajouterons tout mécaniques.

Michel.

bronches aux alvéoles pulmonaires, soit directe, soit par l'intermédiaire du réseau capillaire fourni aux alvéoles par les vaisseaux bronchiques, ainsi que l'a montré Kuttner.

D'autre part, le pus qui remplit les bronches lobulaires peut agir comme un véritable corps étranger, suivant l'idée émise par M. le professeur Charcot.

La pathogénie de la bronchopneumonie grippale est donc chose aisée à concevoir.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous distinguerons, avec Joffroy, deux formes principales : 1° la *splénopneumonie aiguë* (bronchopneumonie ordinaire, pneumonie ordinaire lobulaire généralisée de Barrier, bronchopneumonie à forme pseudolobaire de Damaschino), et 2° la *bronchite capillaire* proprement dite.

1° Dans la splénopneumonie aiguë et au point de vue macroscopique, M. le professeur Cornil résume de la façon suivante les altérations des organes : « Les lésions
« constatées sont l'inflammation de la trachée et des
« bronches qui se traduit par une sécrétion mucopuru-
« lente de la muqueuse et de ses conduits ; les plaques
« congestionnées de couleur brune et affaissées à la sur-
« face de la plèvre pulmonaire indiquent une atélectasie,
« un affaissement congestif du tissu ; la congestion pul-
« monaire les noyaux d'hépatisation lobulaire dissémi-
« nés, de volume et de forme très variables, au niveau
« desquels on constate une couleur rosée ou grise ; une
« hépatisation pseudolobaire ou lobaire dans laquelle
« des portions plus ou moins grandes de poumon sont
« privées d'air, plongeant au fond de l'eau. Constamment

« aussi, au niveau des parties hépatisées et parfois aussi
« dans une étendue plus ou moins considérable, la plèvre
« est couverte d'une couche mince de fibrine, molle,
« facile à enlever et à déchirer, et même il peut y avoir
« un épanchement liquide séro-fibrineux plus ou moins
« abondant » (1).

Nous ajouterons à cela qu'on peut avoir des hémorrhagies parenchymateuses se faisant dans les noyaux même de broncho-pneumonie et des hémorrhagies sous-pleurales. C'est surtout dans les broncho-pneumonies des épidémies de rougeole, de diphthérie et *de grippe* que ces hémorrhagies se rencontrent et cela à tous les âges. Les ecchymoses sous-pleurales consistent dans une infiltration sanguine superficielle du tissu conjonctif sous-pleural. On n'y trouve pas de globules rouges distincts, mais seulement le résidu de la transformation des hématies. « Peut-être y aurait-il lieu, dit Joffroy (2)
« de faire une application de cette donnée à la médecine
« légale pour distinguer les ecchymoses sous-pleurales
« développées sous l'influence de la suffocation chez des
« sujets bien portants, de celles qui se produisent dans
« le cours des différentes affections thoraciques. » Nous ne sommes plus en effet à l'époque de Tardieu. Les ecchymoses sous-pleurales ne tiennent plus la place qu'elles occupaient au premier rang. Cela est peut-être moins commode pour se faire une opinion : il suffit que

(1) Cornil. Anat. path. des broncho-pneum. Semaine méd., 1885 p. 287.

(2) Joffroy. Loc. cit., p. 82.

cela soit exact. Ces faits sont maintenant hors de doute et ont été mis en lumière par les travaux des médecins légistes de ces dernières années et en particulier par ceux de notre maître M. le professeur Brouardel.

Au microscope on trouve un épaississement considérable de l'espace conjonctif péri et intralobulaire. Les lymphatiques sont gorgés de globules blancs, les artérioles indemnes. La bronche très congestionnée, dilatée, infiltrée de globules de pus dans toutes ses parties est remplie par un exsudat fibrineux mélangé de globules blancs, ou par du muco-pus. Dans le parenchyme pulmonaire on voit les alvéoles qui entourent les bronches comblées de globules blancs et de fibrine. A un deuxième degré d'hépatisation, l'exsudat qui les remplit devient fibrino-purulent; à un troisième degré il y a suppuration franche. La masse de ces alvéoles constitue les *nodules péri-bronchiques* de Charcot.

Mais outre cette inflammation catarrhale qui n'est que la propagation au lobule pulmonaire de l'inflammation des bronches, on trouve dans d'autres parties du poumon une inflammation épithéliale bien décrite par Joffroy et qui constitue la splénisation.

Le premier degré de cette inflammation est l'*atélectasie* ou état fœtal dont le mécanisme est facile à comprendre; les bronches étant obstruées, l'air n'arrive plus dans les alvéoles; celui qui y était renfermé s'échappe par exosmose et les alvéoles s'affaissent. L'épithélium de ces dernières retourne alors à l'état fœtal, cubique: puis l'irritation continuant, par le fait de l'oblitération de la bronche, il y a prolifération du tissu conjonctif, sclérose

alvéolaire, en même temps que prolifération et desquamation des cellules de l'épithélium alvéolaire dont les débris viennent remplir la cavité de l'alvéole.

2° Telles sont les lésions microscopiques élémentaires de la spléno-pneumonie. Quant à la *bronchite capillaire*, elle se caractérise par la production abondante de pus. Celui-ci s'accumule dans les grosses bronches, la trachée et jusque dans le pharynx, l'expectoration n'ayant plus eu lieu à la fin de la vie. « A la coupe on trouve le bron-
« chyme gorgé d'un sang noirâtre et de toutes les bron-
« ches moyennes et petites on voit sourdre un pus sou-
« vent assez épais et parfois non aéré (1). » Disséminés en différents endroits, on peut voir des noyaux de broncho-pneumonie qui n'ont pas eu le temps d'évoluer. Enfin ici encore, les ecchymoses sous-pleurales que nous signalions tout à l'heure.

Inutile de dire que dans les deux formes que nous venons de décrire on trouve encore les lésions anatomo-pathologiques de la grippe elle-même, sans compter les micro-organismes caractéristiques de l'affection. « On
« retrouve en général dans les broncho-pneumonies les
« micro-organismes des différentes affections qui les
« causent..... Mais en même temps on peut trouver dans
« les parties du poumon hépatisées et dans les nodules
« de la broncho-pneumonie les microcoques de la pneu-
« monie aiguë.... ; les bactéries peuvent même se ren-
« contrer dans l'exsudat fibrineux de la broncho-pneu-
« monie sans qu'on puisse retrouver les traces des

(1) Joffroy. Loc. cit., p. 115.

« bactéries spéciales à la maladie infectieuse qui a dé-
« terminé l'inflammation pulmonaire (1). »

SYMPTOMATOLOGIE

A. PNEUMONIE GRIPPALE. — « Le début est loin d'être
« aussi net que dans la pneumonie franche. Le frisson
« manque souvent ou est remplacé par des frissons ré-
« pétés. Le point de côté se confond avec les douleurs
« musculaires thoraciques. » G. Sée (loc. citat.)

La pneumonie peut survenir vers le deuxième ou le troi-
sième jour de l'influenza, le plus habituellement vers le
cinquième ou sixième, quelquefois même plus tard, le
neuvième, comme dans les cas observés par Landau (2),
très fréquemment dans la convalescence, comme l'a re-
marqué Vigla.

Voici quel est le début d'une pneumonie grippale, gé-
néralement. Un malade est atteint de grippe depuis un,
deux, trois jours sans localisation prédominante. Il a
coryza, larmolement, enrrouement, un peu de bronchite,
de la fièvre, de légers frissonnements : l'appétit n'existe
plus, quelques nausées, légère diarrhée. La toux est
quinteuse, suivie d'une expectoration aérée. Il existe de
la céphalalgie, frontale le plus souvent, une prostration
légère, de la courbature. Le sujet est abattu, il a le fa-
cies *grippé*. En un mot tous les signes de la grippe nor-
male sont réunis. Cet état, suivant les cas, dure deux,

(1) Cornil et Babès, p. 37.

(2) Landau. Archives générales de médecine, 1837.

trois et quatre jours. Sans cause bien évidente la dyspnée devient plus intense ; la respiration, un peu embarrassée déjà, devient fréquente, superficielle. Le malade est haletant, la voix lui manque, il ne parle qu'à mots entrecoupés. La respiration devient *voulue*, le malade est tout entier occupé à respirer.

Quelquefois, à cette période et au moment même où augmente la dyspnée, on note des frissons répétés.

Dans quelques cas la toux est opiniâtre, déchirante, irrégulière. Les quintes, par leur répétition, provoquent des souffrances aux attaches du diaphragme, et, comme le disait Pétrequin, « la poitrine est entourée d'une ceinture de douleurs. »

La dyspnée est intense, disproportionnée avec le peu d'étendue de la pneumonie.

« L'expectoration est d'abord simplement muqueuse et catarrhale ou muco-purulente et, dans les cas où la bronchite est intense, elle peut rester telle pendant tout le cours de la pneumonie. En général, cependant, les crachats deviennent pneumoniques. »

Ainsi : augmentation de la dyspnée, de la toux, de l'expectoration.

Tels sont les trois symptômes qui indiquent l'invasion du tissu pulmonaire par l'inflammation catarrhale des bronches. On assiste en quelque sorte à l'éclosion de cette pneumonie.

On voit déjà que la pneumonie grippale a comme caractères distinctifs l'absence de point de côté (1), l'intensité de la dyspnée, disproportionnée avec le peu de pro-

(1) Voir l'appendice.

fondeur de la lésion, l'intensité de la toux quinteuse, l'expectoration de crachats muco-purulents, grisâtres, aérés, bien différents des crachats rouillés de la pneumonie ordinaire.

Cependant, parfois on observe un point de côté comme début de la pneumonie grippale; dans ce cas, il existe en général un épanchement pleural, cause de cette douleur superficielle. La pleurésie survient en effet dans la grippe, coïncidant avec la congestion pulmonaire ou la pneumonie. — Il y a en un mot pleuro-pneumonie. — Les symptômes fonctionnels sont du reste identiques dans les deux cas.

La pneumonie grippale présente des signes physiques qui ont certaines particularités surtout à l'auscultation.

La percussion dénote l'existence d'une matité variable suivant la lésion. En général la pneumonie occupe un lobe et dans la majorité des cas le lobe inférieur.

Rarement on la rencontre au sommet. En même temps que l'on perçoit de la matité, le doigt qui percute éprouve de la résistance.

A la palpation, augmentation des vibrations thoraciques là où le poumon est hépatisé.

A l'auscultation, les signes sont complètement différents de ceux qu'on entend dans la pneumonie franche ordinaire. Tandis que dans cette dernière on a d'abord du râle crépitant fin à l'inspiration, puis dans une seconde période du souffle tubaire, enfin au déclin de la maladie du râle crépitant à grosses bulles ou crépitant de retour, on entend ici des râles sans caractères tranchés, les uns

tenant du crépitant par leur composition de bulles peu abondantes, très fines en bouffées ; les autres sous-crépitanants à bulles plus grosses, aux deux temps.

Ces râles existent dès l'invasion, ils ne cessent pas. Dans la pneumonie grippale, souvent point de souffle tubaire ou du moins s'il existe, il est léger et accompagné de râles sous-crépitanants.

Ce qui paraît caractéristique de la pneumonie grippale à l'auscultation c'est la coexistence, durant toute la maladie, de râles sous-crépitanants à bulles de grosseur variable qui existent avec un souffle léger.

Nous n'avons point ici les trois périodes et l'auscultation de la pneumonie franche classique.

Dans le reste du poumon atteint de pneumonie, ainsi que dans l'autre poumon, la percussion donne la sonorité normale, les vibrations thoraciques sont comme de coutume ; à l'auscultation, des râles ronflants et sibilants, indice de la bronchite grippale.

L'expectoration reste la même pendant toute la maladie.

Les autres symptômes de la grippe persistent aussi longtemps que la pneumonie grippale. La céphalalgie, l'abattement, la prostration continuent. Le malade ressent fréquemment de légers frissons, erratiques, quelquefois du délire, de l'anorexie.

La langue est large, humide, recouverte d'un enduit saburral, gris, jaunâtre : ce n'est point là la langue sèche rouge d'un vrai pneumonique.

Durant l'évolution de la maladie, le sujet a quelques nausées, un ou deux vomissements.

Dans la majorité des cas, la diarrhée est assez marquée; — celle-ci se compose de plusieurs selles liquides, sans caractères, survenant sans coliques; — on a parfois observé du *melæna*.

Tandis que persistent ces symptômes locaux de pneumonie et les symptômes généraux de grippe, la fièvre continue avec sa caractéristique : l'irrégularité.

La température est en général au-dessus de 38°, elle oscille entre 38° et 39°.

Quelquefois elle atteint les sommets élevés de la pneumonie ordinaire. Elle présente le type rémittent, plus élevé le soir que le matin.

B. *Broncho-pneumonie grippale*. — Au point de vue de la symptomatologie, la broncho-pneumonie grippale diffère peu des autres broncho-pneumonies secondaires telles que celles qui surviennent dans la diphthérie, dans le choléra, dans la rougeole.

La broncho-pneumonie a un début variable suivant les cas; suivant que celle-ci est formée de noyaux disséminés, peu nombreux, isolés, ou que ces noyaux sont nombreux, confluent et occupent de la sorte une étendue assez grande du parenchyme pulmonaire.

Le début est donc comme intensité, en raison directe du nombre des noyaux; toute la symptomatologie en dépend aussi.

1° Il n'existe que quelques noyaux isolés, disséminés dans la poitrine. Les symptômes sont peu accentués. Atteint déjà de bronchite, le malade a un peu de dyspnée, une toux quinteuse, une expectoration muco-purulente de bronchite.

On ausculte : on perçoit des râles ronflants et sibilants, sous-crépitants à grosses bulles, tous disséminés dans la poitrine. Cependant, *par hasard*, ou en cherchant, on trouve disséminés çà et là des points où les râles sous-crépitants sont amassés, à bulles plus fines ; parfois ce sont de vrais crépitants.

En tout cas, à ce foyer même, outre les râles, on entend la respiration complète sans qu'il y ait un véritable souffle.

R. Les signes de l'existence d'un foyer de broncho-pneumonie sont surtout évidents à l'auscultation. On n'arrive guère, avec la seule percussion, à limiter exactement ce foyer.

Dans l'étendue du même poumon il y a plusieurs foyers semblables, doués des mêmes caractères. Ces foyers ainsi isolés ne donnent naissance qu'à peu de symptômes fonctionnels.

Quand ils sont assez abondants, on peut remarquer une augmentation de la dyspnée, mais qui n'acquière pas souvent l'intensité de la dyspnée pneumonique grippale.

La toux reste quinteuse, opiniâtre, l'expectoration muco-purulente, assez abondante.

Parfois on note une poussée fébrile à 39°, 39°5. Mais dans le cas particulier, il est difficile d'isoler exactement cette exacerbation thermique, la fièvre de la grippe étant irrégulière par nature, on pourrait se laisser aller à prendre une élévation inattendue (mais normale dans la grippe) pour un signe indiquant une complication.

C'est assez dire que les signes sont latents et que la broncho-pneumonie *doit être cherchée*.

2° Il s'agit de noyaux nombreux, confluents, occupant tout un lobe du poumon au point qu'ils simulent la pneumonie lobaire. On désigne cette forme sous le nom de broncho-pneumonie à noyaux confluents, à forme *pseudo-lobaire*. (*Spléno-pneumonie* de Joffroy.)

La symptomatologie est ici absolument la même que dans la pneumonie grippale. Même début, même dyspnée s'exagérant rapidement, même exacerbation fébrile : identité partout.

A l'auscultation : râles sous-crépitanants à bulles fines, ou râles crépitanants coïncidant avec une respiration soufflante. Cependant, tandis que dans la pneumonie grippale ces râles existent dans tout le lobe atteint, dans la broncho-pneumonie grippale, en général, ils n'existent que par petits foyers confluents et il est des espaces où les râles font défaut.

On voit donc que la pneumonie et la broncho-pneumonie grippales à noyaux confluents présentent beaucoup de points de ressemblance.

Dans la forme *pseudo-lobaire* de la broncho-pneumonie il existe dans le reste du poumon atteint et dans l'autre poumon des foyers isolés, disséminés.

Aussi pensons-nous que dans nombre de cas la pneumonie grippale est une broncho-pneumonie à noyaux confluents.

Résumé. — Peut-on, dans l'état actuel de la question, rayer du cadre nosologique la pneumonie grippale et n'admettre qu'une seule forme : la broncho-pneumonie variable suivant les cas, suivant le nombre et la confluence des noyaux. Au chapitre de l'anatomie patho-

logique, nous avons déjà résolu en partie la question. Nous avons admis d'une part la broncho-pneumonie grippale, de l'autre l'existence de pneumonies au cours de l'influenza.

Nous dirons que la complication pulmonaire la plus fréquente de la grippe est de beaucoup la broncho-pneumonie. Quant à la pneumonie, c'est une pneumonie fibrineuse mais altérée par la présence de la bronchite. Celle-ci lui donne son aspect spécial. Elle ressemble par beaucoup de points à la pneumonie des vieillards qui vient se greffer sur une bronchite chronique.

Les symptômes diffèrent de ceux de la pneumonie franche classique; nous consacrerons un paragraphe tout entier à cette étude lorsque, plus loin, nous nous occuperons spécialement du diagnostic différentiel.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON.

Nous écartons complètement de ce chapitre la broncho-pneumonie grippale, celle-ci ne présentant ni dans sa marche ni dans sa durée ni dans sa terminaison rien qui la différencie de la broncho-pneumonie ordinaire. Nous nous occuperons exclusivement de la pneumonie au cours de la grippe.

De même qu'elle avait des caractères spéciaux au point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et des symptômes, de même la pneumonie de l'influenza se sépare de la pneumonie franche par sa marche et son mode de terminaison.

L'évolution morbide en effet est extrêmement irré-

gulière. Au lieu de suivre la marche cyclique bien nette de la pneumonie franche, la maladie évolue tantôt d'une façon rapide, tantôt, au contraire, traîne en longueur. C'est ainsi qu'on a des cas où au bout de 3, 4 jours il se produit une défervescence qui, pour n'être pas aussi nette que celle de la pneumonie ordinaire, n'en doit pas moins être notée. Chez d'autres malades — et c'est le type habituel — la fièvre tombe petit à petit, lentement, sans chute brusque; la courbe thermométrique est comme on dit, « *en escalier*. » La maladie évolue alors en 8, 10, 12 jours et plus; au bout de ce temps, les signes propres disparaissent, il ne reste plus que la bronchite également très atténuée d'ailleurs.

N'oublions pas de dire cependant que dans certaines pneumonies grippales, il se produit une véritable crise comme dans la pneumonie aiguë.

On a alors une défervescence brusque très considérable de la température, défervescence qui peut aller jusqu'à l'hypothermie. Nous avons justement une observation de ce genre, qui est intéressante à plus d'un titre (voy. observation V).

D'après ce qui précède, il est évident qu'il n'est guère possible de fixer la durée de la maladie qui nous occupe; tantôt cette durée est très courte et, après deux ou trois jours de phénomènes d'une gravité variable, la grippe reparaît seule avec ses symptômes thoraciques ordinaires; tantôt, au contraire, et c'est le cas le plus fréquent, l'affection dure une dizaine de jours avant de s'améliorer.

Quant au mode de terminaison, la guérison est en somme le plus habituel. Dans ce cas, on voit disparaître

peu à peu le souffle bronchique et la dyspnée, et le malade reste avec de la bronchite.

Mais, dit M. le professeur Sée, la convalescence est très lente à s'établir et une fois établie est d'assez longue durée.

D'autre part la mort est une terminaison fréquente de la pneumonie grippale. Certaines épidémies, nous l'avons dit ailleurs, se sont tout particulièrement signalées à ce point de vue. Celle de cette année a occasionné une quantité notable de décès et en occasionnera probablement encore, car elle ne semble pas près de se terminer.

Dans certains services, les cas de mort à la suite de pneumonie grippale ont été nombreux : il ne nous a pas été donné d'en observer directement. (Voir l'appendice.)

Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'alors les symptômes thoraciques prennent une grande intensité : la dyspnée augmente, la fièvre se maintient à un degré très élevé ; puis apparaissent des phénomènes d'infection généralisée et les malades meurent au milieu de symptômes asphyxiques et adynamiques.

PRONOSTIC ET MORTALITÉ.

Le pronostic dépend : de l'âge du sujet et de ses antécédents pathologiques qui donnent à la maladie une bénignité ou une gravité *relative* et individuelle.

La gravité *absolue* dépend uniquement de la *constitution médicale du moment*.

Toutes les maladies épidémiques ont eu et conserveront sans doute dans l'avenir cette étrange et inexplica-

ble particularité de passer presque inaperçues ou de dépeupler tout un pays. Dans cet ordre d'idée la grippe à manifestations pulmonaires occupe le premier rang.

En parlant des épidémies de pneumonie auxquelles il rattache l'épidémie de 1837, M. le professeur Germain Sée s'exprime ainsi : « C'est bien par le poumon que les
« malades mouraient avec une rapidité foudroyante en
« quatre, cinq ou six jours. Sans doute, l'auscultation
« faisait défaut aux anciens, mais toutes les relations
« d'autopsies sont unanimes à nous montrer les pou-
« mons hépatisés, purulents, gangrenés, etc., etc. (1). »

La grippe de 1837 tua plus de monde que le choléra de 1832 en France et en Angleterre.

En 1847, la ville de Nancy éprouvée par une grippe à manifestations pulmonaires eut une épouvantable mortalité.

Au Mexique, vers la même époque, l'influence sévit terriblement et c'est toujours par le poumon qu'elle tua ses victimes. — Le « *Vent de la Mort* » voilà le nom de la fièvre catarrhale au Mexique depuis cette époque.

Le tableau n'a pas souvent, dans l'histoire nosologique de la grippe, d'aussi sombres couleurs. Disons rapidement que c'est là l'exception.

Les épidémies accidentelles et saisonnières se sont mille fois renouvelées et, sans être décrites, ont passé; les auteurs n'y trouvaient pas sans doute matière à sen-

(1) Germain Sée. Loc. citat., p. 103. — Laennec. Traité d'auscultation, édit. 1879, p. 274.

sation. Par cela même, faussée a été la vérité, aggravé le pronostic.

En 1875, dans une leçon publiée dans le *Mouvement médical*, M. Bucquoy disait : « La pratique hospitalière « se prête mal à l'étude de ces affections. Dans ses formes légères la grippe ne rend pas assez malade pour « que l'ouvrier abandonne son travail et cherche à entrer à l'hôpital. S'il le demande, *il est rare que l'importance de son mal* justifie son admission dans les services déjà fort encombrés... » Il termine en constatant la *guérison de toutes les pneumonies* observées dans son service (1).

Sans avoir un caractère inquiétant, plus sérieuse est l'épidémie qui sévit sur Paris en ce moment. (V. appendice.)

Les pneumonies grippales ont fait plusieurs victimes dans les hôpitaux, elles en ont fait au dehors.

Nous aurions voulu donner la statistique de la mortalité causée par les manifestations pulmonaires grippales. — Nous y avons renoncé.

A. Dans les tableaux de mortalité de la grippe, le nombre des victimes a été noté soigneusement; la forme du mal a été omise.

B. Dans les tableaux où on donne le total exact des morts par pneumonie, on se garde bien de donner des détails et d'ajouter un qualificatif.

Plutôt que de donner des chiffres erronés, nous nous sommes abstenus.

(1) Bucquoy. *Mouv. médical*, 1875, p. 196.

Nous avons vu, il est vrai, que dans le service de Piorry la mortalité, qui pour les pneumonies franches n'était que de $1/8$, s'élevait pour les pneumonies grippales à 4 pour 8, soit 50 0/0.

Notre regret est mitigé par la persuasion intime que ces statistiques, intéressantes au plus haut degré pour l'épidémiologie, n'auraient eu qu'un médiocre intérêt pratique.

La grippe se charge deux ou trois fois par siècle de fournir les plus grandes surprises et les plus grandes contradictions. Elle donne les plus fameux démentis et réduit à néant les prévisions les mieux établies.

TRAITEMENT.

La grippe étant une maladie générale, il semblerait logique d'aller droit à l'ennemi, et de combattre la maladie en s'attaquant à l'agent infectieux lui-même. Ce qui est logique n'est point toujours réalisable.

En face de la grippe, encore à l'étude, il faut l'avouer, nous sommes quelque peu désarmés. Il n'y a pas encore de médicament *antigrippal* comme il y a des antisypilitiques, antipaludéens, etc... Peut-être y a-t-il là un sujet de recherches et de succès pour la thérapeutique future?

Qu'on ne nous objecte pas, pour excuser et voiler notre faiblesse, la multiple localisation des phénomènes morbides et l'excessive variété des manifestations

D'autres maladies sont dans le même cas et devant elle la médecine reste le plus souvent victorieuse.

Il nous reste donc à parer aux éventualités, à conjurer le danger, à combattre les symptômes menaçants, à soulager le malade.

Ce n'est pas assez sans doute, c'est déjà beaucoup. Ne pouvant pas faire de la thérapeutique pathogénique, nous ferons de la thérapeutique symptomatique.

Si la grippe thoracique évolue normalement sans symptômes alarmants, le traitement sera expectant, essentiellement moral, « *primum non nocere*. » La dyspnée est-elle intense et les allures de la maladie prennent-elles un caractère inquiétant, alors il faut agir.

Les *émissions sanguines* ont été employées, trop employées peut-être. Après tous les jugements contradictoires, d'auteurs éminents, sur la saignée ; après les opinions outrées auxquelles devaient donner lieu la mode et la fantaisie du moment, il nous sera permis de conclure que la saignée trouvera son application quand la maladie aura une forme inflammatoire, quand la fièvre sera intense, quand le tempérament du sujet sera robuste. Toute menace d'adynamie serait une contre-indication.

Les *expectorants* seront surtout administrés aux enfants et aux vieillards.

Les *vomitifs* ont la même raison d'être.

Les *révulsifs* (vésicatoires, teinture d'iode, huile de croton) pourront rendre de grands services.

On opposera les *antispasmodiques* aux phénomènes nerveux exagérés ; l'*alcool* et le *quinquina* à l'ataxo-adynamie. La convalescence réclamera une attention soutenue, des mesures hygiéniques et des soins assidus, un régime tonique et fortifiant.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

A. On peut confondre la pneumonie grippale avec :

- 1° La pneumonie franche, aiguë.
- 2° La congestion pulmonaire.
- 3° La pleurésie.
- 4° La typhoïde à forme thoracique.
- 5° La broncho-pneumonie grippale.

B. La broncho-pneumonie grippale ressemble de tout point aux autres broncho-pneumonies secondaires. La broncho-pneumonie n'est pas, en effet, une maladie à part, agissant pour son compte, c'est une complication qui survient dans le cours de diverses maladies, la diphthérie, l'érysipèle. L'occasion évidente de la survenue de la broncho-pneumonie est l'existence d'une bronchite généralisée. La grippe remplit à merveille cette condition.

On peut hésiter, avons-nous dit, entre la pneumonie grippale et la broncho-pneumonie, de même nature, à noyaux confluents, à forme pseudo-lombaire. Les symptômes locaux sont les mêmes. Cependant, l'existence de foyers de broncho-pneumonie isolés, dans le reste du poumon atteint ou dans l'autre poumon, faciliteront et dans bien des cas assureront le diagnostic.

Revenons à la pneumonie grippale,

La *pneumonie franche*, aiguë, au point de vue du diagnostic différentiel devrait nous arrêter. L'exposé mé-

thodique des symptômes nous a singulièrement amoindri et facilité la tâche.

La pneumonie grippale diffère de la pneumonie franche par le début, la marche, les signes fonctionnels et physiques, la crise et la terminaison. Les tracés thermométriques résument et synthétisent, c'est pour cela que nous avons pris la liberté d'emprunter et de placer plus loin deux tracés copiés dans le traité de M. le professeur Jaccoud.

Schématisons la pneumonie franche : anatomiquement elle a trois périodes (Laennec) : engouement, hépatisation rouge, hépatisation grise. (Le professeur Jaccoud ajoute une quatrième période, liquéfaction et élimination de l'exsudat.)

Trois périodes cliniques correspondent aux trois périodes anatomiques.

Insister sur les caractères du point de côté, de la dyspnée, de la toux, de l'expectoration, serait vouloir se répéter sans aucun intérêt et sans aucun profit. Quant aux signes physiques (mensuration, palpation, percussion, auscultation), leurs caractères sont le plus souvent si nettement tranchés qu'il serait fastidieux d'exagérer les oppositions et les comparaisons éliminatrices.

Nous insistons sur un point ; le *facies pneumonique*, que *Gubler* décrit avec tant de soin et sur lequel nous avons vu quelques-uns de nos maîtres insister longuement.

Là rien de précis, rien de certain, on voit ou on ne voit point.

C'est affaire de tact médical.

C'est le *nescio quid*... je ne sais quoi qui permet d'affirmer un diagnostic, qui fait la force du clinicien et la supériorité de ceux qui, à force d'avoir réfléchi et raisonné, pourraient, s'ils le voulaient, se passer de raisonnement et de réflexion.

Ce facies pneumonique existe rarement (s'il existe) dans la pneumonie grippale. Nous ne l'avons point vu du moins. (L'épidémie actuelle est peut-être peu favorable.)

La fièvre, représentée par les courbes thermométriques, nous offre des caractères bien différents dans les deux genres de pneumonie.

A. Dans l'une, en quelques heures, de la normale la température s'élève jusqu'à 40° ou 41°. Plateau jusqu'au sixième ou septième jour. A ce moment, défervescence, la température d'hyperthermique devient hypothermique. Notre maître M. le Dr Chauffard a insisté sur ce fait dans sa thèse d'agrégation. « Le point le plus bas de la ligne thermométrique n'est généralement atteint qu'au bout de vingt-quatre heures » (1).

De cette phrase écrite, nous rapprocherons une phrase orale de M. le professeur Brouardel, nous entretenant au lit du malade. « La défervescence dans la pneumonie, nous disait-il, se fait quelquefois en trois ou quatre heures. » Il nous citait le cas d'une dame âgée de sa clientèle privée, chez laquelle de 40°,8 la température était tombée à 34°, et si brusquement qu'on avait cru au refroidissement préagonique. Il n'en était rien. C'est là l'exagération d'un

(1) Chauffard, 1886. Des crises dans les maladies, p. 43.

fait qui est loin d'être exceptionnel dans la pneumonie franche.

B. Dans la pneumonie grippale, la défervescence ne se fait pas en quelques heures et de même qu'il n'y avait pas d'élévation rapide il n'y a point d'abaissement subit.

Tous les autres phénomènes critiques (herpès labial, sueurs profuses, diurèse abondante), sont aussi bien moins marqués. Quelquefois ils n'existent point.

De plus, la pneumonie grippale est essentiellement *extensive*, elle envahit souvent les deux poumons, 21 fois sur 40 (Landau) et 4 sur 9 (Nonat) (G. Sée).

Nous arrivons maintenant au diagnostic de la pneumonie grippale avec les autres affections thoraciques. Difficile déjà dans le cas de pneumonie franche aiguë il devient plus ardu encore quand il s'agit de la pneumonie grippale. En effet, nous n'avons plus ici de courbe thermique caractéristique et si précieuse. De plus les signes sont souvent atténués et irréguliers.

Nous devons d'abord distinguer la pneumonie grippale de la *bronchite simple*, diagnostic facile d'ailleurs et qui se fera par la constatation du souffle, par l'examen des crachats, par l'intensité de la fièvre.

L'*apoplexie pulmonaire* est parfois d'un diagnostic plus difficile, mais qui se trouve tranché par le thermomètre.

La *pleurésie* doit être distinguée avec soin de l'affection qui nous occupe. Il est bien évident qu'une pleurésie n'a aucun point de rapport avec la pneumonie grippale absolue. Mais, que dire de ces cas où il existe soit un épanchement pleurétique, soit des fausses membranes,

et sur lesquels insistent M. Bucquoy (1) et M. le professeur Sée (2).

Il y a plus : nous ne pouvons nous baser sur le caractère de la fièvre, si net, si tranché dans la pneumonie franche, si inconstant au contraire dans la pneumonie grippale et se rapprochant par là de la fièvre de la pleurésie. D'autre part et même dans les cas où il n'y a pas de pleurésie, on trouve très souvent un souffle qui présente absolument le caractère de celui de la pleurésie et qui, joint à la matité, pourrait facilement donner le change. Mais ce souffle se modifie du jour au lendemain. Aujourd'hui on l'entend à la base du poumon, demain il sera situé plus haut, plus tard enfin on le trouvera au sommet avec le timbre tubaire. Ces caractères le différencient absolument de celui de la pleurésie, au contraire il concorde tout à fait avec les caractères de la pneumonie grippale qui souvent, comme dit le professeur Sée, est une pneumonie *migrans*. Enfin, nous avons comme signe de diagnostic absolu le râle crépitant qui, on peut le dire, ne fait jamais défaut.

De plus, les vibrations thoraciques sont conservées et l'égophonie n'existe pas.

La *congestion pulmonaire* peut-elle être confondue avec la pneumonie ou avec la broncho-pneumonie de l'influenza? Oui, dans les formes transitoires, mais l'évolution de la maladie ne laissera pas longtemps le

(1) Bucquoy. Leçon de 1875. Mouv. médical.

(2) Mal. spécif. du poumon.

clinicien embarrassé. Les phlegmasies franches (pneumonie, broncho-pneumonie et pleurésie) se fixent volontiers sur telle ou telle partie de l'appareil respiratoire. « Elles mériteraient, dit M. Dieulafoy (1), le nom de « systématiques; les fluxions, au contraire, sont de leur « nature diffuses et multiples. » Nous ajouterons que la présence des râles crépitants aidera puissamment à faire le diagnostic. La diagnose de l'affection qui va nous arrêter est souvent des plus délicates.

La *fièvre typhoïde*. — Avec la pneumonie franche, la question est embarrassante : il faut souvent rester vingt-quatre ou trente-six heures avant de se prononcer, mais alors la courbe thermométrique vient enlever tous les doutes. Dans la pneumonie grippale on a d'abord tous les symptômes intestinaux de la fièvre typhoïde. On a de plus les signes thoraciques qui sont les mêmes à peu de chose près, enfin la fièvre qui prend très fréquemment les caractères de celle de la dothiéntérie.

L'aspect du malade, dans beaucoup de cas, nous disait il y a quelque temps M. Marfan, rappelle absolument celui d'un typhique. C'est surtout sur l'absence de taches rosées lenticulaires, sur les signes thoraciques et sur l'expectoration qu'il faudra se baser pour faire le diagnostic. Les commémoratifs auront également une grande importance.

Signalons enfin, pour être complet, la *méningite* et la *méningite tuberculeuse*. Les prodromes, le début insidieux de la méningite, l'absence des signes thoraciques

(1) Traité élément. de path. interne.

propres à la pneumonie ne laisseront pas longtemps le médecin dans le doute.

APPENDICE.

Au moment où nous avons écrit notre thèse, la grippe n'avait pas la physionomie qu'elle a aujourd'hui. Nous appuyant sur ce que nous avions observé, nous avons écrit, tant au chapitre des symptômes qu'à celui du pronostic, quelques passages auxquels les faits ont donné une réelle contradiction.

Nous avons fait, il est vrai, en maint endroit, des réserves prudentes et placé des points d'interrogation nombreux.

La note suivante que M. Marfan, interne de M. Bucquoy, professeur agrégé de cette Faculté, nous a remise avec une excessive bienveillance, note que nous copions textuellement, rachètera ce qui pourrait paraître encore trop absolu dans notre thèse.

Bien précieuses sont ces quelques lignes. Elles nous montrent d'une part que, même dans une période très courte, la grippe ne se comporte pas toujours d'une façon identique; elles peuvent en outre être fructueusement rapprochées des leçons de M. Bucquoy en 1875, leçons auxquelles nous avons fait plusieurs allusions au courant de ce travail.

« Dans le service de M. Bucquoy, à l'Hôtel-Dieu, une
« quinzaine de pneumoniques ont été traités depuis le
1^{er} février.

« La mortalité a été presque de la moitié.

« Quelques-unes de ces pneumonies ont débuté par du
« coryza et de la trachéo-bronchite : pas toutes.

« *Cliniquement*, ces pneumonies se distinguent par la
« violence du point de côté, l'intensité de l'oppression,
« l'absence d'herpès labialis et la rapidité de l'évolution.
« Cette dernière est telle que vers le sixième jour envi-
« ron, si le malade doit guérir, l'amélioration survient
« brusquement ; sinon, les malades meurent vers le hui-
« tième ou le neuvième jour, quelquefois plus tôt.

« Les *signes stéthoscopiques* présentent aussi quelques
« singularités ; le souffle a habituellement le timbre du
« souffle pleurétique, mais on perçoit nettement des râles
« crépitants.

« Les *lésions* observées à l'autopsie sont l'hépatisa-
« tion de tout un lobe (hépatisation grise assez souvent)
« avec *pleurite* fibrineuse sans épanchement, pleurite qui
« ne s'observe pas seulement du côté de la pneumonie,
« mais très souvent aussi de l'autre côté.

« On trouve quelquefois de l'*endocardite végétante*.
« Pas de méningite.

« Le *pronostic* semble beaucoup plus grave chez les
« vieillards et chez les alcooliques. Ni la saignée, ni le
« tartre stibié ne paraissent avoir une influence favo-
« rable : le sulfate de quinine (1 gr. par jour) semble au
« contraire donner de bons résultats ».

Il nous reste à réclamer de nos juges (qui auraient le droit de se montrer sévères) toute leur indulgence. Ils

pourraient certainement nous citer pour notre confusion la phrase de M. Reclus, professeur agrégé de cette école :

« Il y a dans votre travail des choses bonnes et des choses nouvelles ; mais les bonnes ne sont pas nouvelles et les nouvelles ne sont pas bonnes. »

CHAPITRE III.

Observations.

OBSERVATION I (1).

Grippe. — Pneumonie du lobe supérieur du poumon droit. — Albuminurie. — Délire au moment de la défervescence. — Guérison.

(Due à l'obligeance de M. Pignol, interne des hôpitaux).

Le nommé, garçon marchand de vins, âgé de 23 ans, entre le 6 février 1881 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Christophe, n° 21, dans le service de M. le professeur Germain Sée.

Après avoir toujours joui d'une bonne santé, il est tombé malade il y a une huitaine de jours.

L'affection a débuté par un coryza accompagné d'un état de faiblesse générale et de courbatures.

La veille de son entrée, violente dyspnée, frissons et point de côté à droite.

Le jour de l'entrée, on trouve à l'examen les signes suivants :

La percussion révèle de la matité dans la partie supérieure du poumon droit en avant et en arrière. Dans tout le reste du poumon et dans le poumon gauche la sonorité est normale.

L'auscultation démontre tout d'abord l'existence de râles de bronchites des deux côtés de la poitrine et dans toute l'étendue des deux poumons. Ce sont de gros râles sous-crépitants accompagnés de ronchus sonores.

(1) La courbe thermique n'a pu être retrouvée.

A droite et en avant, il existe sous la clavicule un foyer de pneumonie. On trouve là, en effet, des râles crépitants et du souffle tubaire.

L'expectoration n'a rien de caractéristique, elle est spumeuse et aérée.

Rien au cœur. Le pouls est rapide, plein. Le malade a la fièvre et *Appareil digestif*: langue blanche, sale; c'est la langue de l'embarras gastrique. Le malade est constipé.

7 février. Le lendemain de l'entrée, l'état est toujours le même, mais de plus le malade a de l'*albuminurie*.

Le 9. Les signes thoraciques restent toujours les mêmes, cependant la bronchite est moins intense. Les gros râles sous-crépitaux ont été remplacés par des râles plus fins. On trouve encore le foyer de pneumonie sous-claviculaire, mais de plus l'expectoration est modifiée; de spumeux et d'aérés qu'ils étaient les crachats sont devenus rouillés et adhérents au fond du vase.

Cet état continue sans modification notable jusqu'au 11 mars, époque à laquelle le malade a un accès de délire nocturne assez violent. Le malade s'est levé, a poussé des cris.

Le lendemain à la visite du matin, tranquillité relative, fièvre brusquement tombée.

De plus les signes thoraciques se sont améliorés et le foyer de pneumonie entre en résolution.

Alimentation légère.

L'amélioration continue progressivement.

Le 25 février, départ du malade pour l'asile de Vincennes.

Convalescence non douteuse.

Ajoutons que l'albuminurie a disparu.

Nota. La feuille de température relative à cette observation a été égarée. Tout nous porte à croire que la courbe thermique se rapprochait de celle des autres observations, étant donné le paralélisme symptomatique.

OBSERVATION II.

Due à l'obligeance de M. Pignol, interne des hôpitaux.

Lamotte (Nicolas), âgé de 66 ans, jardinier, entre le 2 mars 1886 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint Joseph, n° 16 (service de M. le professeur Germain Sée).

Pas d'antécédents héréditaires tuberculeux. Le père et la mère du malade sont morts du choléra en 1832; il n'a jamais eu ni frères, ni sœurs.

Comme antécédents personnels, nous trouvons une fièvre palustre contractée à Gisors, il y a huit ans. En 1880, le malade perd sa femme des suites d'une maladie de cœur, probablement. Il reste avec deux enfants qui sont d'ailleurs bien portants. Il a alors, dit-il, une fluxion de poitrine qui dure vingt-cinq jours avec fièvre, point de côté, etc.

L'hiver dernier, le malade s'est beaucoup fatigué. Il s'est refroidi, et a avalé une grande quantité de poussière en tamisant des cendres. A partir du mois d'octobre, il s'est mis à tousser. Il a beaucoup maigri. Toutefois, il n'a jamais eu ni sueurs nocturnes, ni hémoptysies. L'appétit est toujours resté excellent.

A son entrée à l'hôpital, le malade souffre depuis douze jours. L'affection a débuté par un frisson violent accompagné d'un point de côté à droite. Il est extrêmement affaibli et amaigri. La vue est faible, l'oreille dure. Enfin le malade se plaint de battements de cœur: il a eu, dit-il, les genoux enflés il y a deux mois, mais n'a jamais eu d'attaque de rhumatisme articulaire aigu. Enfin, il présente sur la lèvre supérieure et sur la narine droite une éruption d'herpès ayant évolué avec la maladie.

La *percussion* du thorax dénote de la matité à droite et à la partie supérieure.

L'*auscultation* révèle tout d'abord de gros râles humides très nombreux dans les deux poumons, mais surtout en avant et à droite.

Enfin on trouve dans le poumon droit des bruits de caverne au sommet et en arrière. A ce niveau, il existe en arrière dans la fosse sus-épineuse du souffle tubaire très net et se propageant en avant.

Les crachats sont visqueux, non rouillés, composés de deux parties, l'une spumeuse, aérée, l'autre muco purulente.

Du côté de l'appareil circulatoire, on trouve en examinant le cœur, l'impulsion cardiaque affaiblie, peut-être y a-t-il un bruit de galop. Les artères sont athéromateuses. Le pouls est fort, vibrant: la température est de 39°. Enfin le malade accuse une céphalalgie intense.

Le lendemain de son entrée, 3 mars, le malade est très abattu. La température est de 39°, le pouls est à 100. La dyspnée est intense, les signes thoraciques sont les mêmes que la veille. L'expectoration est toujours très abondante; mais, outre les crachats aérés, on trouve un crachat rouillé, couleur gelée d'abricot.

Cet état persiste pendant trois à quatre jours avec les mêmes phénomènes: malade très abattu, dyspnée intense, souffle tubaire très accentué et très net au niveau de l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur du poumon droit: expectoration nettement rouillée. Rien du côté de l'appareil digestif, rien dans les urines. Comme phénomènes nerveux, de la céphalalgie intense, des douleurs musculaires et des courbatures.

Le 9 mars. Défervescence légère de la fièvre qui d'ailleurs n'avait jamais été très intense. La température tombe à 37°4. L'examen thoracique révèle à la base et au-dessus du poumon droit la présence de râles crépitants qui viennent éclater par bouffées sous l'oreille de l'explorateur pendant l'inspiration. Au niveau de la fosse sus-épineuse, il y a un souffle qui a d'ailleurs diminué d'intensité. Les symptômes de tuberculose pulmonaire n'ont pas varié.

Dès lors rien de bien remarquable, à part une légère poussée fébrile le 12 mars. Le malade entre en convalescence. L'herpès nasal et labial disparaît, ainsi que l'état pour ainsi dire typhoïde

du malade. A la date du 15 mars, l'examen de la poitrine révèle simplement, outre les bruits de caverne disséminés au sommet des deux poumons, de gros râles muqueux des deux côtés de la poitrine, et des râles sonores et sibilants. Le souffle tubaire a disparu complètement à droite; l'expectoration est devenue de nouveau spumeuse et aérée, sans trace de sang.

OBSERVATION III.

Pneumonie grippale. — Guérison.

Due à l'obligeance de M. Bouygues, interne des hôpitaux.

Hôpital Cochin. — Service de M. Gouraud. — Salle Sainte-Jeanne, n° 13.

Le 27 février 1886, entre dans les salles la nommée T..., âgée de 33 ans, fleuriste.

Antécédents héréditaires. — Mère morte paralysée. — Père mort poitrinaire.

Accidents personnels. — Jamais de maladies caractérisées. Malaises répétés. Deux enfants : l'un mort du croup à 2 ans et demi, l'autre se porte bien. Enceinte de 5 mois 1/2, sent remuer. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Avant sa maladie a soigné pendant quinze à vingt jours son mari malade. Surmenage.

Est entrée à l'hôpital le samedi 27 février, souffrait depuis le matin de l'avant-veille.

25 février. Ce matin-là, elle se lève comme de coutume, vagues sensations de froid et de malaise. Après son déjeuner elle vomit, se remet au lit.

Immédiatement après les vomissements, point de côté. Petits frissons toute la journée. Jamais de *grand frisson*.

Le 27 (soir). Le samedi soir, l'interne voit la malade. Dyspnée intense, toux opiniâtre. Respiration fréquente, anxieuse. Visage tiré. Pouls : 104.

Michel,

Le 28. *Examen. Toucher et palper.* Une douleur vive sous le sein gauche et à la partie postérieure de la poitrine.

La percussion ne donne que de vagues renseignements ; difficile à cause de la douleur.

Auscultation. Souffle faible dans les parties inférieures (latérales et postérieures du côté gauche). A la fin de l'inspiration on entend une fine crépitation assez éloignée de l'oreille. La voix a un double caractère : elle est renforcée, elle a un timbre criard. Broncho-égophonie plutôt que égophonie. La recherche des vibrations thoraciques et leur comparaison des deux côtés est impossible étant donnée la faiblesse de la voix.

Une ponction est faite avec la seringue de Pravaz : liquide un peu louche (faible épanchement en nappe accompagnant les phénomènes pulmonaires, mais ne donnant par lui-même aucun signe bien particulier).

La toux a peut-être diminué.

Les crachats sont en grande partie muqueux, cependant sur certaines parties du vase on voit des parties visqueuses et teintées de sang.

Appareil digestif. Langue fortement chargée. Soif vive. Aucun appétit. Légère diarrhée.

Appareil respiratoire. Un peu de mal de gorge (a duré deux ou trois jours). Coryza assez intense.

Cœur. Battements rapides, forts. Pas de lésion valvulaire.

Pouls : 100.

Urine. Pas d'albumine, pas de sucre.

Traitement. Grand vésicatoire sur le côté gauche.

1^{er} mars. Sommet droit :

Exagération de sonorité (percussion).

— de respiration (auscultation).

Égalité des vibrations thoraciques (palpation).

Le 2. Plus de râles. Souffle persiste. Plus de mal de gorge. Plus de coryza. Diarrhée persiste.

Le 3, id.

Le 4, id.

Le 5. Encore quelques râles. Respiration rude. Douleur persistante dans le côté gauche. Bruit de frottement, cuir neuf entre le mamelon et la ligne axillaire. Plus de diarrhée. Nouveau vésicatoire.

Les 6, 7, 8. État stationnaire.

Le 9. La respiration rude persiste.

Le 10. La guérison est considérée comme définitive.

OBSERVATION IV.

Pneumonie grippale. — Guérison.

(Due à l'obligeance de notre ami Bouygues, interne des hôpitaux).

Le 19 février 1886, entre à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 23, service de M. Gouraud, le nommé V..., âgé de 63 ans.

Antécédents héréditaires. Vagues.

— *personnels.* Pas de syphilis. Pas d'alcoolisme manifeste. Jamais de grande maladie.

19 février. Malade grand, vigoureux encore. Athéromateux. Bruit de tôle à l'aorte. Sa maladie a commencé, dit-il, il y a une huitaine de jours et progressivement. Pas d'appétit, soif vive, langue très blanche. Manque de sommeil. Deux jours avant son entrée, *point de côté* mal localisé (à droite et en bas). Il tousse. Admis à la consultation.

38°,8 le soir.

Le 20. Examiné par le chef de service :

Appareil pulmonaire. Droit. Matité en bas. Exagération des vibrations thoraciques. Pectoriloquie aphone. Pas d'égophonie. Râles crépitants et sous-crépitanants. Léger souffle.

Gauche. Râles de bronchite dans toute la hauteur en avant et en arrière.

Sommets douteux.

La toux est peu fréquente, peu pénible les crachats sont mi-

partie pneumoniques et bronchiques, facilement séparés par décantation.

Urine. Normale.

Du 20 au 25. Les symptômes vont s'atténuant progressivement. Plus de râles. Plus de crachats. Peut-être encore un peu de matité.

Du 25 au 9 mars. L'appétit revient et la courbe de la température montre qu'aucune complication n'est survenue.

Le 9. Sorti guéri.

Médication : Ipéca stibié le premier jour. Potion de Tood et quinquina. Alimentation progressive.

OBSERVATION V.

Pneumonie grippale. — Guérison.

Communiquée par M. Perinelle, externe des hôpitaux.

La nommée Ch... (Louise), domestique, âgée de 18 ans, entre le 3 mars 1886 dans le service de M. Ferrand, hôpital Laënnec, salle Legroux, n° 10.

Au moment de son admission, cette malade est d'une intelligence très affaiblie, presque gâteuse, de sorte qu'il est très difficile de l'interroger sur ses antécédents héréditaires et personnels.

Cinq jours environ avant d'entrer à l'hôpital, elle a été prise de malaise et d'inappétence. La langue était blanche. La malade toussait beaucoup, mais ne crachait pas.

Le jour de son entrée on la trouve, le soir, avec une température de 40°. Elle est plongée dans le coma. La toux est intense; enfin il y a de l'incontinence d'urine et des matières fécales.

Le lendemain de son entrée, c'est-à-dire le 4 mars, on trouve les mêmes phénomènes généraux. La température est de 39°,4 le matin et de 39° le soir. La toux est fréquente, l'expectoration nulle. L'examen du système respiratoire révèle les signes suivants : la percussion ne dénote rien du côté droit. En arrière et

à gauche, au contraire, on trouve de la matité dans toute la partie moyenne du poumon.

A l'auscultation, on trouve d'abord des râles de bronchite ronflants et sibilants, et de gros râles muqueux disséminés dans l'étendue des deux poumons. De plus, il existe en arrière et à gauche un souffle tubaire très net.

La langue est blanche, sale, les lèvres, les dents et les gencives sont couvertes d'un enduit fuligineux, noirâtre. La malade a les joues d'un rouge violacé.

Le 5 mars l'état est le même, la température atteint 38°,6 le matin et 38°,8 le soir. On ordonne l'application de ventouses sèches à gauche et en arrière.

Le 6, au matin, il y a une défervescence brusque de la température qui descend à 37°,4. Mais, le soir, la température remonte à 39°,3. En effet, on trouve ce jour-là une migration de la pneumonie. C'est ainsi qu'à la partie moyenne du poumon droit, — tous les signes persistant à gauche — il existe un souffle tubaire intense et un foyer de râles crépitants. On ordonne l'application de ventouses sèches sur les deux côtés de la poitrine.

Le 7. Il y a une défervescence considérable de la température qui tombe même au-dessous de la normale (36° 2). C'est une *véritable crise* (1). La température remonte le soir à 37°,6 pour retomber le lendemain matin, 8 mars, à 36°,2.

L'examen de la malade, le 8 mars, révèle la disparition de tous les signes de pneumonie à droite et leur atténuation à gauche. La malade commence à s'alimenter légèrement.

Le 9. Les signes pulmonaires ont presque complètement disparu du côté gauche. De même pour les phénomènes intellectuels. L'état de gâtisme a disparu; la malade est revenue à elle, et demande à manger. La température est de 36°,8 le matin et de 37°,4 le soir.

A partir de cette époque la malade entre en pleine convalescence.

OBSERVATION VII.

Broncho-pneumonie grippale.

(Due à M. Lesage, interne de hôpitaux.)

La nommée M..., âgée de 32 ans, entre le 26 février 1886, salle Grisolle, lit n° 10, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Hayem.

Cette femme est malade depuis le 23. La maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital est survenue lentement depuis quelques jours.

Elle se plaint surtout de céphalalgie frontale, de coryza, de larmolement, de toux revenant surtout par quintes. Quelques douleurs çà et là dans la poitrine. Perte de l'appétit, plusieurs vomissements dans ces derniers jours, ainsi que quelques coliques avec selles diarrhéiques peu importantes.

La malade se plaint encore d'une très grande faiblesse générale. Son moral est très affecté, elle se croit atteinte d'une affection grave; elle se plaint d'éprouver des frissons répétés, très souvent; elle a de la fièvre avec sueurs assez abondantes.

Cet état durait depuis deux à trois jours, quand le 25 février, veille de son entrée, la malade éprouva dans l'espace de quelques heures une dyspnée plus forte.

Avec cette augmentation de la dyspnée, elle remarqua un accroissement dans sa faiblesse et son abattement.

En même temps elle éprouvait des frissons plus intenses que les frissons qu'elle ressentait habituellement.

26 février. A son entrée le 26 février on constate les symptômes suivants :

Etat général, affaibli, abattu; la malade est ployée dans une grande prostration. La langue est saburrale. Les coliques et la diarrhée ont cessé. Quelques nausées. La dyspnée domine la scène. Quarante respirations par minute.

La fièvre est assez marquée, surtout depuis la veille. T. matin 38° 8 ; soir 39° 6.

La percussion ne dénote rien de particulier, un peu d'obscurité du son à la base du poumon droit en arrière.

Pas d'exagération des vibrations thoraciques.

A l'auscultation, on entend des râles ronflants et sibilants généralisés à toute la poitrine.

En plusieurs endroits, à la base droite et au sommet gauche en arrière, il y a des foyers isolés de râles crépitants, à bulles fines, mêlés à des râles sous-crépitaux à bulles fines.

Aux mêmes endroits, la respiration est soufflante. Souffle léger peu marqué et timbre doux.

Ce sont en un mot des noyaux de broncho-pneumonie.

Traitement : Pot. de Tood. Kermès 30 centigrammes. Vésicatoire.

Les 27 et 28. Etat stationnaire tant des symptômes pulmonaires que des symptômes généraux.

Durant ce temps la fièvre persiste, irrégulière, oscillant entre 38°, 5 et 40°. Même traitement. T. matin, 39°, 2 ; soir, 39°, 6.

Traitement : ventouse sèche sur la poitrine, en arrière. Kermès 30 centigrammes.

1^{er} mars, idem.

2, 3, 4, 5, 6, les symptômes s'atténuent peut-être ? mais en somme bien doucement.

Le 6. Les râles de bronchite seuls existent encore. Plus de noyaux de broncho-pneumonie.

La courbe de la température ci-contre indique l'amélioration finale du malade qui, le 12, sort guéri.

OBSERVATION VII.

Pneumonie grippale. — Guérison.

(Due à l'obligeance de M. Lesage, interne des hôpitaux.)

Le nommé Ph..., âgé de 29 ans, entré le 2 mars 1886, salle

Magendie, n° 32, à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. le professeur Hayem).

La dyspnée intense, des étouffements datant de deux jours ont décidé le malade à se rendre à l'hôpital. Depuis huit jours il était courbaturé, sans appétit, toussant un peu. Il a eu des frissons.

Sans point de côté et en l'espace d'une journée les symptômes ont acquis leur intensité.

A son entrée, le 2 mars, on constate tous les signes d'une grippe, céphalalgie frontale, courbature, prostration, anorexie, nausées, coliques et diarrhée. Le tableau complet.

Ce qui domine, c'est la dyspnée. Il peut à peine parler et encore est-ce d'une voix entrecoupée.

Examen de la poitrine.— *Percussion* : sonorité égale des deux côtés; à la base du poumon gauche cependant, zone de matité assez prononcée remontant jusqu'à l'épine de l'omoplate. A cet endroit, exagération des vibrations thoraciques.

Auscultation : Dans toute la poitrine, râles ronflants et sibilants. A la base du poumon gauche râles sous-crépitaunts à bulles fines sans râles crépitaunts. On note de plus un souffle à timbre assez prononcé entendu surtout à l'inspiration, les râles étant prédominants à l'expiration.

Rien au cœur, ni aux autres viscères. T. matin, 39°,2 ; soir 40°.

Traitement : Pot. de Tood.

3, 4, 5, 6 mars. Etat stationnaire des symptômes (pour la T. voir la courbe ci-contre).

Le 7. A la visite du matin, grande amélioration. Plus de courbature ni de prostration, l'appétit est revenu. Les symptômes pulmonaires ne varient point. T. matin, 38° ; soir, 38°,4.

Les 8, 9, 10. Amendement progressif des signes thoraciques. Il existe encore quelques râles sous-crépitaunts légers. La fièvre oscille encore pendant quelques jours autour de 38° et le malade sort le 15 mars dans un état de santé relativement satisfaisant.

OBSERVATION VIII.

Pneumonie grippale. — Guérison.

(Due à M. Lesage, interne des hôpitaux).

Le nommé Rich. J..., âgé de 39 ans, entre salle Magendie, lit n° 9, à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le professeur Hayem, le 1^{er} février 1886.

La maladie pour laquelle il entre à l'hôpital date de quelques jours, du 26 janvier, environ, d'après le dire du malade.

Le malade est grippé, il a de la céphalalgie frontate, il est abattu, faible ; de temps en temps quelques frissons irréguliers. De plus il a du coryza, du larmolement, une toux légère, mais revenant par quintes, un peu de dyspnée et des crachats muco-purulents.

L'appétit est perdu, la bouche amère, la langue sale. Quelques nausées et une à deux selles diarrhéiques par jour.

La fièvre est peu intense, mais le malade se plaint surtout de courbature.

Cet état a persisté jusqu'au 30 janvier sans notable modification quand, dans la nuit du 30 au 31 janvier, le malade sentit sa respiration plus difficile, sa fièvre plus vive, son abattement plus manifeste : il eut des frissons assez intenses et répétés.

Il éprouva quelques douleurs légères dans la poitrine. Le malade vient à l'hôpital.

Le 1^{er} février. A son entrée on trouve les symptômes suivants :

La céphalalgie frontale et la dyspnée, par leur intensité, empêchent tout sommeil. La prostration est assez marquée. La langue est sèche. La nuit précédente un vomissement, trois selles diarrhéiques. 45 respirations par minute.

Examen de la poitrine. Matité à la base du poumon gauche ; elle siège dans tout le lobe inférieur et remonte jusqu'à l'extrémité inférieure de l'omoplate.

Augmentation des vibrations thoraciques.

Le reste du poumon présente de la sonorité normale.

L'auscultation fait entendre dans tout le lobe inférieur des râles différents, les autres crépitants, les autres sous-crépitanes à bulles plus ou moins fines. Ils coexistent avec un souffle léger, plus marqué surtout à l'inspiration.

Dans le reste du poumon, râles sibilants et sanglants, indice de la bronchite grippale. Mêmes râles dans le poumon droit.

Du 2 au 4. Peu de changement.

Vers le 7. Les symptômes thoraciques ont peu varié, mais l'état général est bien meilleur. La langue s'est nettoyée; le malade demande à manger.

Le 10. Jusqu'au 10, on peut suivre jour par jour la rétrocession des phénomènes de grippe et de la pneumonie concomitante, mais cela se fait doucement, sans crise. Le 10, il n'y a plus qu'une légère submatité à gauche. Il faut savoir qu'il y a eu là quelque chose.

Le 15. Le malade est en pleine convalescence.

OBSERVATION IX.

Broncho-pneumonie grippale. Guérison.

(Due à l'obligeance de notre excellent ami Colin, externe chez M. le professeur Sée).

Le nommé Boher (Léon), âgé de 36 ans, tonnelier, entre le 23 février 1886, à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, lit n° 6.

Antécédents héréditaires. Mère morte en 1870 (maladie inconnue). Père et frère bien portants.

Antécédents personnels. Bonne santé habituelle; bronchite en 1870; tousses depuis cette époque.

Le 17 février, frissons erratiques suivis de fièvre, de courbature, d'abattement. La toux survint bientôt; légères quintes accompagnées d'une expectoration peu abondante, sans caractères, coryza, larmolement. L'appétit a disparu. Le malade a eu

quelques nausées, cependant les selles sont restées normales et il n'y a pas eu de diarrhée. Céphalalgie frontale.

Le travail continué jusqu'au 20 février a dû être abandonné. Le 20 février le malade s'alite.

Le 23. A l'entrée on constate les symptômes suivants : outre l'état général que nous venons de noter, la dyspnée a augmenté ; la respiration a pris ce caractère sans survenue de point de côté ni de frisson.

L'*expectoration* se compose de crachats aérés, spumeux, mêlés de mucosités visqueuses.

Matité légère en arrière et à droite. Les signes d'auscultation sont des plus nets. Râles de bronchite disséminés dans les deux côtés de la poitrine. A droite à la base, foyer de râles crépitants fins assez étendu, de plus quelques râles sous-crépitaux à bulles plus ou moins fines, mais s'écartant du type crépitant. Au même endroit souffle à timbre tubaire et légère bronchophonie.

Il s'agit là d'un foyer de pneumonie peu étendu, dont la limite supérieure est à quelques travers de doigt, au-dessous de l'épine de l'omoplate. T. soir, 39,2.

Le 24. L'abattement du malade a augmenté ; il a l'air d'un typhique. Les symptômes pulmonaires sont les suivants : dans le poumon gauche, à la base et en arrière, là où la veille il n'existait que de la bronchite, on limite un foyer de râles sous-crépitaux beaucoup moins étendu que dans le poumon droit. On trouve de la submatité au même endroit : il s'agit d'un foyer de broncho-pneumonie. Dans le poumon droit où tout le lobe inférieur est pris, il est permis de croire à une broncho-pneumonie à noyaux confluents à forme pseudolobaire.

Expectoration abondante, visqueuse, grisâtre. T. matin, 39,2 ; soir, 40,2.

Le 25. Le matin, défervescence assez brusque. De 40,2 la veille au soir, la T. tombe à 38°. Amélioration. Abattement et stupeur ont en grande partie disparu. Les symptômes pulmonaires persistent, atténués. T. soir, 38,4.

Le 26. T. matin, 38,6 ; soir, 39°.

Cependant l'amélioration continue. Appétit revient. La bronchite généralisée du début n'existe plus. On entend seulement quelques râles sous-crépitaux disséminés aux deux bases.

Le 27. T. 38,2, matin; 38,4, soir.

Le 28. T. matin, 37,6; soir, 38,2.

1^{er} mars, Rien aux poumons. Cependant l'état fébrile léger persiste. Jusqu'au 10 mars, la fièvre oscille entre 37° et 38° à exacerbation vespérale. Le 10, le malade est considéré comme guéri. Vers le 4 mars, le malade s'était plaint d'éprouver dans le bras droit des fourmillements et des douleurs qu'il comparait à des coups de canif. Le bras était faible, mais non paralysé. La sensibilité sur l'avant-bras était obtuse.

Ces symptômes, eux aussi, disparaissent sans laisser de traces.

OBSERVATION X.

Pneumonie grippale. Guérison

(due à l'obligeance de notre excellent ami Colin, externe chez M. le professeur Sée.)

Le 16 février entre salle Saint-Christophe, à l'Hôtel-Dieu, le nommé Lamouche (Germain), âgé de 54 ans.

Antécédents héréditaires. Le père est mort phthisique.

Antécédents personnels. A 10 mois, une ophthalmie double qui est restée incomplètement guérie. A 4 ans, rougeole. A 16 ans, fièvre dont le malade ignore le nom, mais qui aurait duré assez longtemps.

En 1873, âgé de 41 ans, pleurésie gauche après refroidissement; à ce moment aussi quelques crachements de sang. Le malade resta trois mois sans se remettre complètement. Sa profession de journalier l'expose à des rhumes fréquents.

Début. Le mardi 16 février, le malade vient à la consultation. Il est souffrant depuis quelques jours déjà; il a une fièvre assez vive, il tousse, accuse des points de côté et de la dyspnée.

État. On trouve à l'examen de la poitrine en *percutant* à

gauche et en arrière de la matité presque absolue dans les 3/4 inférieurs du poumon et de la submatité au sommet. La *palpation* démontre la diminution des vibrations thoraciques dans la moitié inférieure du poumon gauche. Pas de déformation apparente de la poitrine.

L'*auscultation* du poumon gauche décèle l'existence d'un souffle dans toute l'étendue de la matité ou à peu près; ce souffle est vague et inconstant. Enfin, dans la moitié supérieur du poumon : râles crépitants accompagnés de quelques râles sibilants et de bruits qui rappellent les frottements pleuraux. Dans le 1/3 moyen de la région existent de l'égophonie et de la pectoriloquie aphone.

A droite l'auscultation fait entendre quelques râles de bronchite. Le murmure vésiculaire est plus rude dans certaines régions, affaibli dans d'autres. Rien au cœur. Le pouls est plein, régulier; il marque 94 pulsations.

Anorexie. Sommeil agité. Pas de délire. Température rectale 39,4.

Le 17. L'état de la veille s'est accentué. Température rectale 39,3.

Le soir M. Capitan, chef de clinique, constate une prédominance des phénomènes pleurétiques : égophonie plus accentuée, pectoriloquie aphone plus nette, abolition des vibrations thoraciques. La T. 39,2. La constipation persiste.

Le 18. La température est de 39,3 le matin et de 39,2 le soir. Les signes sont à peu près identiques. Le souffle bronchique, la bronchophonie et les râles tendent à prédominer.

Le 19. T. matin, 38,6; soir 39,2.

Le pouls est moins fort. Le malade est abattu, ressent des douleurs dans la moitié droite du thorax en avant et en arrière. Il a beaucoup plus craché cette nuit que les jours précédents. Les crachats non « rouillés, » sont striés de sang. La matité, les râles et la bronchophonie s'étendent du côté de l'aisselle où le malade accuse les douleurs pendant la respiration. Il y a de la

dyspnée (26 inspirations). Deux selles assez abondantes. L'abattement est plus marqué.

Le 20. La température matinale est de 38,6. Dans l'aisselle gauche souffle pleurétique accentué, avec des râles crépitants de retour assez nets. A gauche et en arrière les vibrations thoraciques ont reparu mais affaiblies. Le soir, T. 38,2. Pouls 80°. Pas de souffle. Râles de retour nets dans le poumon gauche. La bronchophonie est très diminuée ; il y a des frottements pleuraux ; égophonie et pectoriloquie atténuées. L'état général est meilleur. La dyspnée a disparu.

Le 21. Température matin, 37,6 ; soir 37,8, état stationnaire.

Le 22. Le malade entre en convalescence.

Ce malade a été suivi jusqu'au 29, l'état était très satisfaisant et la guérison considérée comme irrévocable.

OBSERVATION XI (personnelle).

Pneumonie grippale. — Guérison.

Le nommé Sch..., âgé de 17 ans, vannier, entre le 8 mars 1886, à la Pitié, salle Rayer, lit n° 22 (service de M. le professeur Brouardel),

Antécédents héréditaires. Père et mère bien portants, neuf enfants en bonne santé.

Antécédents personnels. Le malade a toujours joui d'une bonne santé, sauf la rougeole à 4 ans. Il ne présente les attributs d'aucune diathèse. Pas d'alcoolisme.

Histoire de la maladie. Le 1^{er} mars, point de côté léger, sans frisson. Bientôt après léger coryza, larmolement, céphalalgie, faiblesse, abattement. Perte de l'appétit, quelques nausées, sans vomissements, diarrhée légère.

Quelque temps après toux, revenant surtout par quintes, suivie d'expectoration sans caractère, et accompagnée d'une dyspnée assez marquée. Ces symptômes ont persisté jusqu'à son entrée

Etat actuel. Le 8 mars (8 jours après le début).

Le malade est dans un état d'abattement manifeste. Quelques vésicules d'herpès à la commissure droite des lèvres. Sensation très pénible de froid; la langue est sale, recouverte d'un enduit gris blanchâtre. Quelques nausées et un vomissement alimentaire. Diarrhée légère sans coliques. Le foie est normal, non douloureux, pas d'ictère.

Toux fréquente, mal à la gorge. Dyspnée intense, 42 respirations par minute.

T. 40,2, soir.

A la percussion on trouve la sonorité normale dans tout le poumon gauche en avant et en arrière. Les vibrations thoraciques y sont normales.

Dans le poumon droit, au contraire, à la base et en arrière, matité et augmentation des vibrations. Matité remonte jusqu'à mi-omoplate. Dans le reste du poumon sonorité normale.

A l'auscultation dans le poumon gauche, râles sous-crépitaux, ronflants, de bronchite, peu abondants du reste. Au contraire à droite dans toute la hauteur, et beaucoup plus nombreux qu'à gauche, râles sous-crépitaux. Plus fins à la base droite, ils existent aux deux temps de la respiration. Quelques-uns ont tous les caractères des râles crépitaux de la pneumonie franche. Ils sont modifiés par la toux. De plus à la base droite en arrière, souffle légèrement tubaire.

L'expectoration est formée de crachats visqueux, adhérents au vase.

Cœur normal, Pouls, 112°.

9 mars. Etat stationnaire. T. 39,8; soir 40,2. Diarrhée abondante, 4 selles. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Urine un peu hémaphéique, un peu albumineuse.

Traitement. Ipéca. Potion de Tood. Extrait de quinquina, 4 grammes.

Le 10. Symptômes généraux identiques. Symptômes pulmonaires diminués.

La matité est restée la même.

Continuation de la diarrhée et du gargouillement. T. matin, 39,2; soir 39,8. Pouls 106. Même traitement.

Le 11. Amélioration. Abattement diminue. La langue reste sale. L'appétit est revenu. Les nausées sont disparues. Diarrhée moins copieuse. Plus de dyspnée. Au niveau de l'angle de l'omoplate quelques bouffées de râles crépitants, accompagnées d'un léger souffle congestif, persistent encore. T. matin, 39,4; soir, 39,6.

Pouls : 100. Même traitement et 30 ventouses sèches à droite.

Le 12. Tous les symptômes ont disparu. Un peu de submatité à la partie moyenne du poumon droit. T. matin, 37,4; soir, 38. Pouls 92.

Le 15. Guérison.

OBSERVATION XII (personnelle).

Pneumonie grippale. — Guérison.

Le nommé X... âgé de 23 ans, étudiant, observé en ville à partir du 27 janvier 1886.

Le début de l'affection remonte au 24 janvier.

Antécédents héréditaires. Père mort d'une affection cérébrale, sur laquelle le malade ne donne point de renseignements précis.

Mère vit encore. Bonne santé habituelle.

Antécédents personnels. Tempérament essentiellement lymphatique. Croissance rapide. Syphilis il y a deux ans, a fortement ébranlé la santé. Depuis deux ans, le malade tousse un peu, pas d'hémoptysie, pas d'amaigrissement.

Pas de signe de tuberculose sauf au sommet droit, au niveau de la clavicule où la respiration est un peu saccadée et où l'expiration est un peu prolongée; ni rhumatisme, ni impaludisme. Pas d'alcoolisme

Début de la maladie. Le 24 janvier et les jours suivants, le malade a été pris de coryza avec un peu de bronchite légère. Céphalalgie, malaise général. Le 28 janvier le malade s'alite.

Le 28 janvier. Signes de grippe :

Coryza assez marqué, accompagné de larmoiement. Voix voilée. Respiration gênée. Le malade éprouve quelques douleurs à la respiration dans la région trachéale.

L'appétit est nul. Langue saburrale. Quelques nausées. Depuis un jour diarrhée légère. Le malade insiste beaucoup sur la faiblesse générale, il éprouve quelques frissons légers, il est abattu, courbaturé.

A l'auscultation. Quelques râles sibilants. Bronchite légère. Expectoration peu abondante.

A la percussion. Sonorité normale. T. M., 37°,4; S., 37°,8; Pouls 96, régulier.

Le 29. 38°,6, M.; 38°,8, S.

Le 30. Aggravation des symptômes généraux. Le facies s'altère, devient grippé. Le malade éprouve un abattement très marqué, de la céphalalgie principalement frontale.

Vomissement uniquement alimentaire. Diarrhée légère.

Dyspnée plus marquée; respirations plus fréquentes, plus superficielles, aucun frisson, pas de point de côté.

Le poumon droit a une sonorité normale. Râles de bronchite.

Dans le poumon gauche on trouve les lésions suivantes : en arrière et dans les 2/3 inférieurs on constate de la matité, avec de la résistance sous le doigt. Vibrations thoraciques augmentées. L'auscultation dans la même zone fait percevoir de fins râles crépitants à la dernière période de l'inspiration en certains points et dans d'autres des râles sous-crépitaux à bulles fines, entendus aux deux temps de la respiration.

En plus, un souffle assez intense. Ni égophonie, ni pectoriloquie aphone. Urines peu abondantes, chargées, contiennent un peu d'albumine et pas de sucre. T. M., 39°,4; S., 40°; Pouls, 120, régulier. Récurance radiale. Le cœur est normal. *Traitement* : Pot. de Tood. 40 ventouses sèches, dont 6 scarifiées (sur le côté gauche du thorax).

Le 31. Mêmes symptômes. Persistance de la diarrhée. T. M., 39°,2; S., 39°,4; Pouls, 116. (Même traitement.)

Michel.

Le 1^{er} février. Mêmes symptômes. Cependant dans le poumon droit l'auscultation dénote un foyer limité de râles sous-crépitaux à l'angle inférieur de l'omoplate, foyer se prolongeant un peu vers la ligne axillaire. T. M., 39°,8; S., 39°; Pouls, 110. (Même traitement.)

Le 2. État stationnaire. 40 ventouses sèches sur le côté droit de la poitrine. T. M., 38°,2; S., 38°,8.

Le 3. Amélioration notable des symptômes généraux. Abattement et prostration moindres. Dyspnée diminuée. Diarrhée disparue.

Encore un peu de submatité dans le côté gauche. Râles disparus, sauf à la base du poumon gauche en arrière, où ils existent encore. Le souffle a disparu. T. M., 38°,2; S., 38°,4.

Le 4. Amélioration de plus en plus notable. T. M., 38°; S., 38°,2.

Le 5. Guérison.

Nous prenons dans la *France médicale* du 25 mars 1886, une observation due à M. Netter, chef de clinique de la Faculté. Observation qui rentre absolument dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Pneumonie mortelle chez deux conjoints. Intervention possible de la grippe. Présence certaine du pneumonocoque.

Alphonse et Marie P..., âgés de 35 et 30 ans, tous deux premiers serviteurs à l'hôpital de la Pitié, sont des personnes d'une constitution supérieure à la moyenne. Ils sont employés dans cet hôpital depuis huit et quatre ans.

Depuis cette date, ils n'ont jamais fait de maladie, sauf une fièvre intermittente quarte à forme pneumonique qu'a présentée Marie. Ils habitent une chambre petite, mais suffisamment aérée.

Marie a accouché, il y a seize mois, d'un enfant qui est mort en nourrice. Elle est de nouveau enceinte de six mois et demi.

Le 27 février elle est prise de frisson et d'un point de côté gauche et m'a fait prier de l'aller voir. Je lui trouve une fièvre assez vive. Des deux côtés de la poitrine râles sibilants et ronflants; aux deux bases râles sous-crépitaants. Dans l'aisselle gauche râles sous-crépitaants fins. La voix de Marie est extrêmement rauque, — cette altération de la voix remonte à trois jours. Il y a huit à dix jours que la malade se sent mal à l'aise. Elle est enrhumée, souffre de douleurs vagues. Cependant elle a pu faire la veille encore son métier de ventouseuse. — Je pense qu'il s'agit d'une grippe avec congestion pulmonaire du côté droit. L'état de grossesse rend compte de la dyspnée relativement notable. Je prescris une potion alcoolisée et l'application de ventouses. La nuit est assez bonne.

Le 28 février, la température de Marie est de 38,4. L'amélioration continue. Mais c'est surtout Alphonse qui réclame mes soins.

Celui-ci a été pris à neuf heures du matin, étant en train de balayer, d'un frisson très violent avec douleurs de reins. Ce frisson a duré deux heures. A midi, la peau est brûlante, le thermomètre marque 40,4. La douleur s'est fixée au côté gauche. Il ne tousse pas, ne crache pas. L'exploration de la poitrine ne révèle rien. Il est impossible de dire quelle sera la maladie aiguë qui vient d'apparaître.

J'engage Alphonse à prendre un lit dans le service de son chef M. Lancereaux. Le soir il a toussé et craché. L'interne, M. Besançon, constate déjà sous l'aisselle gauche quelques râles crépitaants et du souffle.

Il n'est plus douteux que l'on soit en présence d'une pneumonie. Celle-ci va s'affirmer avec une intensité et une célérité vraiment remarquables.

Le 1^{er} mars, à 4 heures du soir, il y a une hépatisation totale des deux tiers inférieurs du poumon gauche, — matité de bois.

— Vibrations exagérées. Souffle tubaire qui ne s'accompagne de râles qu'à la limite supérieure

A la base droite, il y a également de la matité, du souffle bronchique mêlé de râles crépitants. Les crachats extrêmement adhérents sont absolument sanglants. Les inspirations sont très fréquentes, superficielles.

La dyspnée est extrême. Un ronchus trachéal s'entend à distance. Une saignée de 500 grammes procure bien un soulagement; mais il n'est que temporaire.

Les signes physiques persistent les jours suivants. La mort survient le 4 mars à une heure l'après-midi, après 4 jours et 4 heures de maladie.

Le 28 février	T. M.	40,4	T. S.	39,2
Le 1 ^{er} mars	T. M.	38,9	T. S.	39,7
Le 2 —	T. M.	39,1	T. S.	39,2
Le 3 —	T. M.	39	T. S.	39,5
Le 4 —	T. M.	39	T. S.	

Je reprends l'histoire de Marie.

Le 1^{er} mars à 10 heures elle est prise de douleurs. J'assiste à l'accouchement qui se fait sans difficulté aussi bien que la délivrance. L'enfant paraît avoir moins de sept mois. Il est vivant. Le soir et la nuit dyspnée. T. 40°.

Le 2 à huit heures du matin je constate que la dyspnée est notable. Il y a toujours les mêmes signes de bronchite généralisée. Mais il y a maintenant au sommet droit de la submatité et du souffle tubaire mêlé de râles. Les crachats sont surtout muqueux. Mais on y trouve des stries fibrineuses jaunâtres. T. M. 38°. T. S. 40°.

Marie à son tour est transportée salle Laënnec dans le service de M. Jaccoud. Les signes de pneumonie les jours suivants ne se modifient pas et occupent le sommet gauche.

La dyspnée ne fait que croître, la face se cyanose, la respiration s'embarrasse. La mort survient le 5 mars à 2 heures du matin. Le traitement a consisté dans l'alcool à haute dose, les ventouses sèches, le bromhydrate de quinine.

Le 2. T. M. 38°. T. S. 40°.

Le 3. T. M. 40°. T. S. 39,5.

Le 4. T. M. 39,5.

L'autopsie nous a été refusée; elle n'était pas nécessaire pour faire accepter dans les deux cas le diagnostic de pneumonie lobaire fibrineuse. Les signes physiques, les symptômes fonctionnels et généraux autorisent celui-ci. Il est du reste confirmé dans les deux cas par l'examen des produits de l'expectoration qui a révélé la présence en abondance du microbe lancéolé encapsulé de Friedlander.

Pourquoi cette rapidité et cette gravité exceptionnelles que n'expliquent ni l'âge ni les antécédents des deux malades? Nous ne pouvons nous empêcher d'attribuer une certaine importance à l'existence de la grippe. Elle a été incontestable chez Marie. Alphonse, de son côté, tout en continuant son service était mal en train depuis deux jours. La pneumonie grippale, qui fut fréquemment observée en 1837, tuait, elle aussi, rapidement et sans arriver à l'hépatisation grise. Faut-il accepter qu'il y ait eu chez nos deux malades une pneumonie analogue? Dans tous les cas elle a été chez tous deux une pneumonie à pneumonocoques.

Nous ne saurions admettre qu'il y ait eu contagion de la femme à l'époux. Les deux conjoints ont été atteints simultanément. Mais ce qui a été ici hors de doute, c'est la nature infectieuse du mal qui, sans l'intervention de cause adjuvante appréciable, a mis fin à ces deux existences.

Les partisans de la nature infectieuse de la pneumonie ne sont pas dépourvus d'arguments et ceux que leur fournissent les épidémies de familles, de maisons ou de villages, sont assez nombreux. Il nous a paru bon cependant de ne pas laisser perdre cette histoire.

OBSERVATION XIII.

Broncho-pneumonie. Guérison

(Due à l'obligeance de M. Belin, interne chez M. le professeur Laboulbène.)

Hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 5.

Le nommé Valette (René), âgé de 31 ans, a contracté il y a quinze jours un rhume auquel il ne fit pas attention.

Il toussait, était fatigué, ne mangeait pas. Six à sept jours après, quelques frissons et un point de côté à droite. Un médecin de la ville consulté fait appliquer deux vésicatoires et quelques ventouses; il conseille au malade d'entrer à l'hôpital.

29 mars. *A l'examen* on trouve un homme assez oppressé avec les lèvres légèrement cyanosées. Le pouls est large, plein, régulier. La température = 40,2. Teinte légèrement ictérique; probablement congestion du foie qui est un peu gros et déborde en bas les fausses côtes. Le cœur n'a rien.

La percussion du thorax ne donne rien d'appréciable en avant; les vibrations thoraciques ne sont ni exagérées ni diminuées. L'auscultation fait entendre quelques ronchus de bronchite. *En arrière*, on a de là submatité dans toute l'étendue du poumon droit et dans l'aisselle correspondante. Les vibrations thoraciques sont exagérées. A l'auscultation on entend dans tout le poumon gauche des râles de bronchite sibilants et ronflants. Dans le poumon droit, outre ces râles de bronchite, il y a des bouffées de râles sous-crépitants disséminés dans toute l'étendue et plus spécialement à la base où existe un souffle manifeste. Les crachats sont collants et filants, légèrement colorés en brun. C'est donc de la broncho-pneumonie.

Le 30. Le lendemain, la température est tombée; le point de côté disparu. Les jours suivants, tous les signes diminuent. La température reste sensiblement normale. Les râles de retour apparaissent.

Le malade suivi quelques jours encore est considéré comme guéri le 5 avril.

OBSERVATION XIV.

Pleuro-pneumonie. Guérison.

(due à M. Bélin, interne des hôpitaux).

Salle Saint-Michel, n° 22.

Le nommé Bodson (Eugène), âgé de 21 ans, cuisinier, toussait déjà depuis quelque temps, quand il fut pris il y a 4 ou 5 jours de frissons et d'un violent mal de tête. Il reste quelques jours chez lui, puis vient à l'hôpital.

29 mars. *État à l'entrée.* Oppression. Pas d'appétit, langue blanche et semblable à celle de l'embarras gastrigue. Le pouls est rapide, 116. La température = 39,8.

La percussion ne donne rien en avant; à l'auscultation, quelques râles de bronchite.

Le cœur est normal.

En arrière, le poumon gauche est mat en bas. On trouve en remontant quelques endroits sonores, entourés de zones mates. Les vibrations thoraciques sont plutôt diminuées, probablement à cause d'une légère couche de liquide. L'auscultation donne des râles crépitants et de la bronchite. Il y a de la bronchophonie et de la broncho-égophonie. Il y a aussi un souffle tubaire.

Crachats mi-partie de bronchite, mi-partie de pneumonie.

A droite, on entend un léger souffle vers la pointe de l'omoplate et il semble qu'il y ait là une pleurésie localisée.

Le 30. Plus de fièvre. Les râles ont en partie disparu. Les signes de pleurésie existent encore.

Le 31. Seule la matité est perceptible dans les points sus-mentionnés.

1^{er} mars. État stationnaire.

Le 2, 3 et 4. Peu à peu l'état général devient meilleur. Le malade mange avec appétit.

Le 5. Il est en convalescence. Il faut savoir les endroits où les symptômes de pleuro-pneumonie existaient pour en retrouver les traces.

CONCLUSIONS.

1° La grippe est probablement une maladie microbienne.

2° Les complications pulmonaires sont de toutes les plus fréquentes.

3° La pneumonie grippale doit être cliniquement conservée; elle n'a pas de caractères anatomo-pathologiques spéciaux et caractéristiques. L'élément infectieux de la pneumonie franche existe également dans la pneumonie grippale.

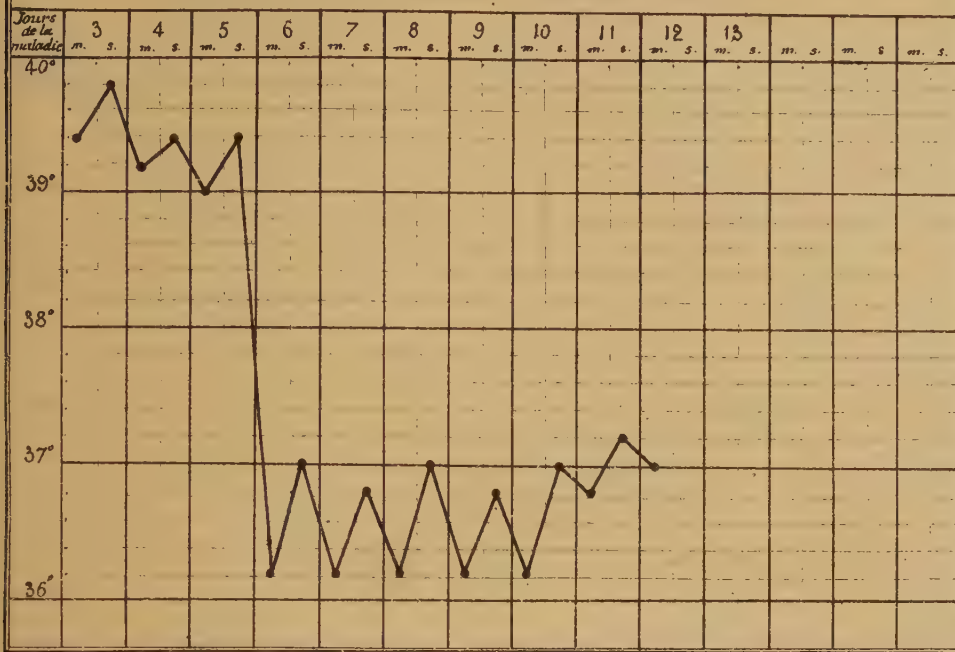
4° La pneumonie grippale est souvent confondue, croyons-nous, avec la broncho-pneumonie à noyaux confluents.

5° Le traitement des manifestations pulmonaires de l'influenza ne pouvant pas être pathogénique sera symptomatique.

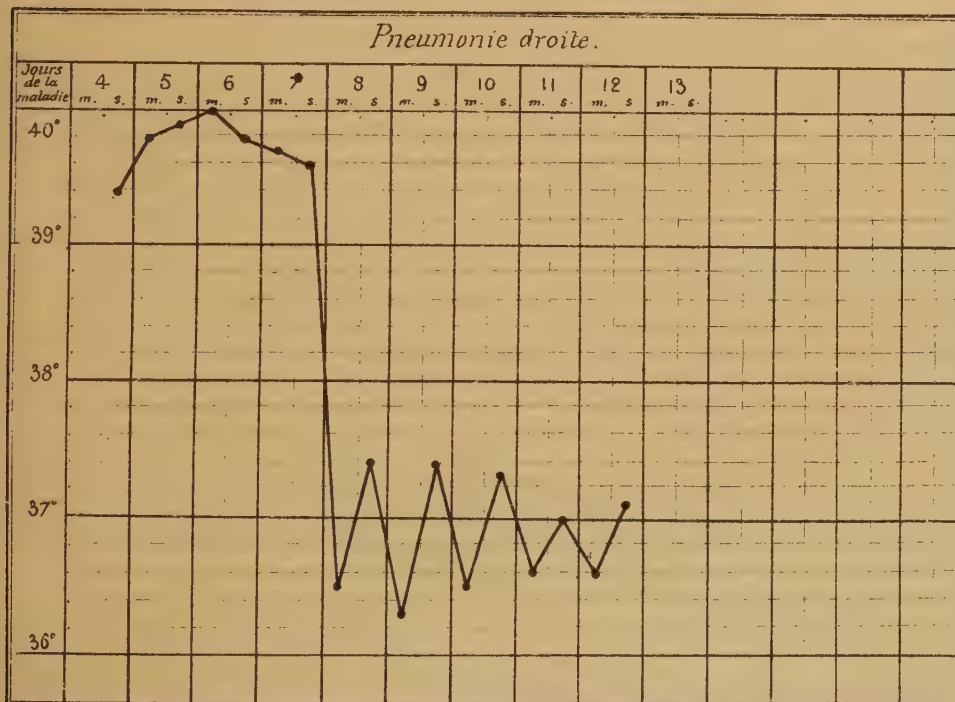
Vu,	Vu et permis d'imprimer,
le Président de la thèse, Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,	
BROUARDEL.	GRÉARD.

Extrait de Jaccoud.

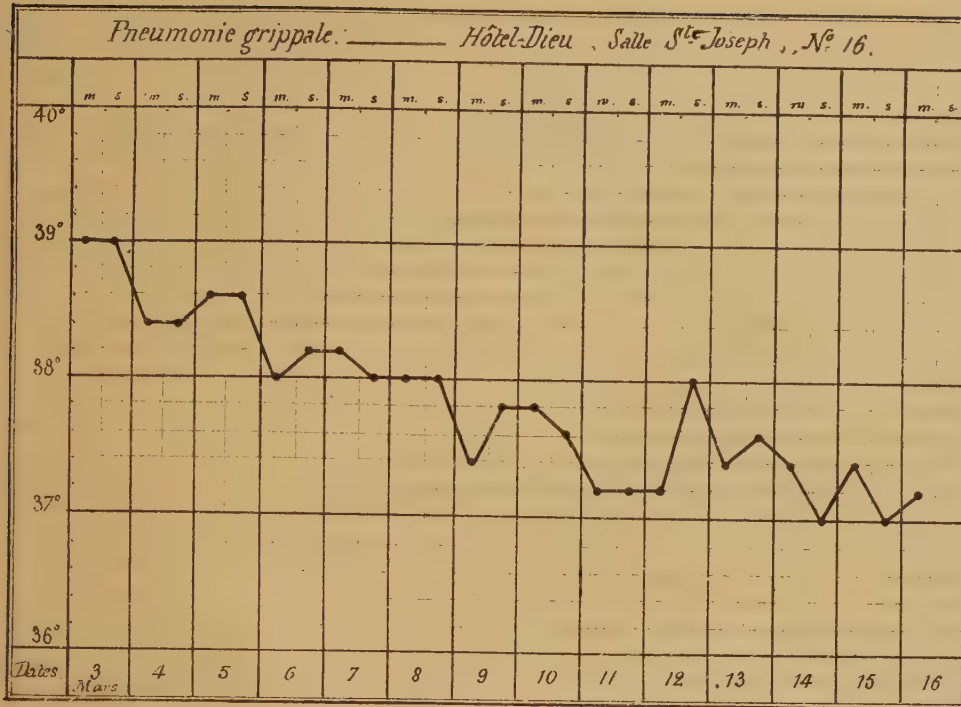
Pneumonie droite. — Homme de 20 ans.



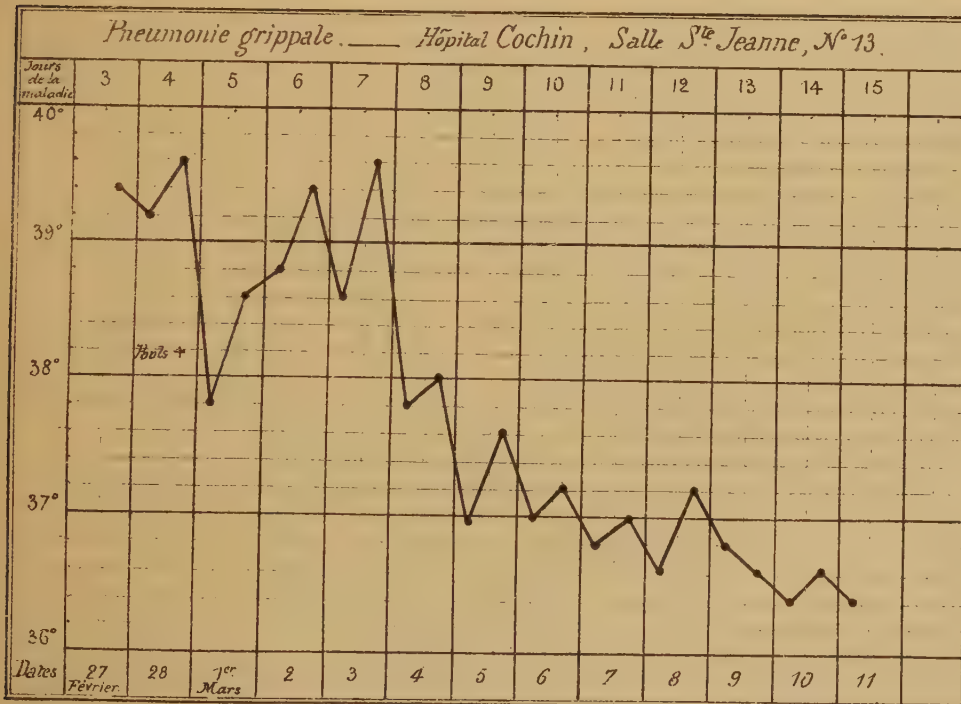
Pneumonie droite.



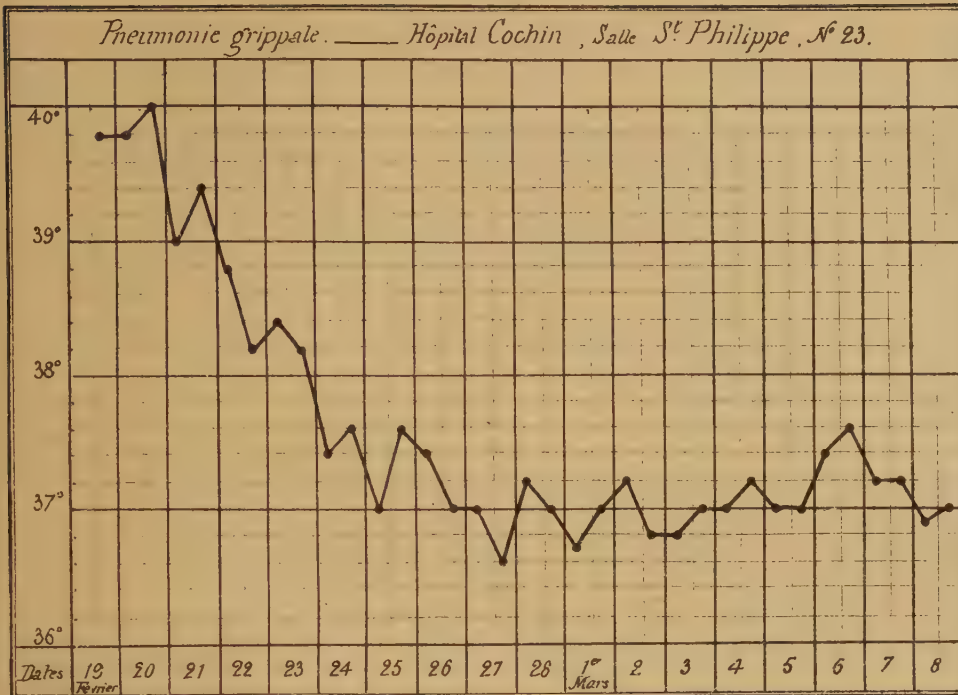
Observation II.



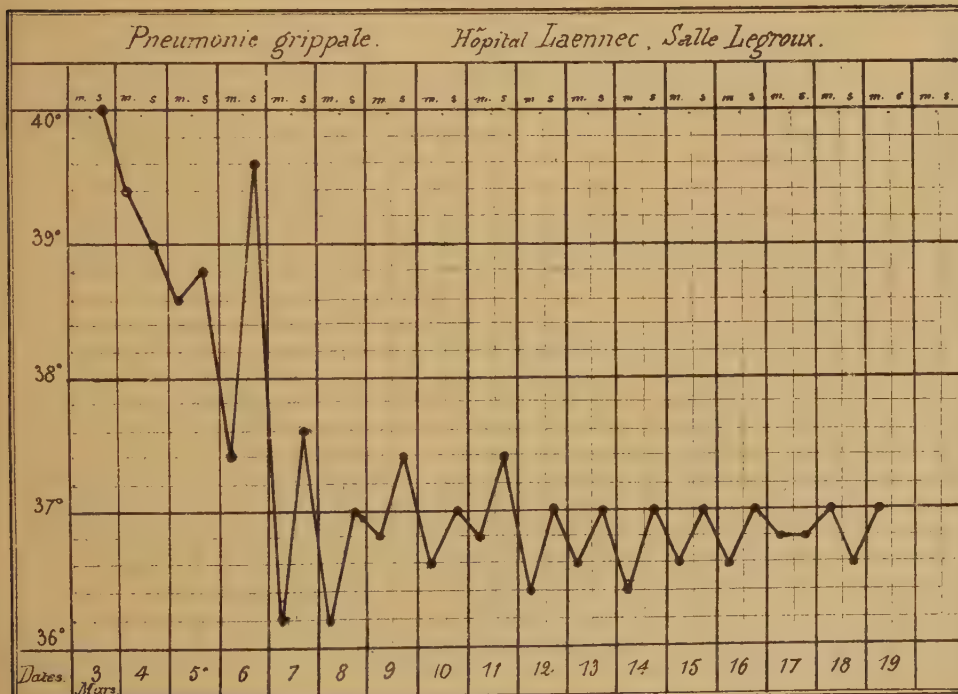
Observation III.



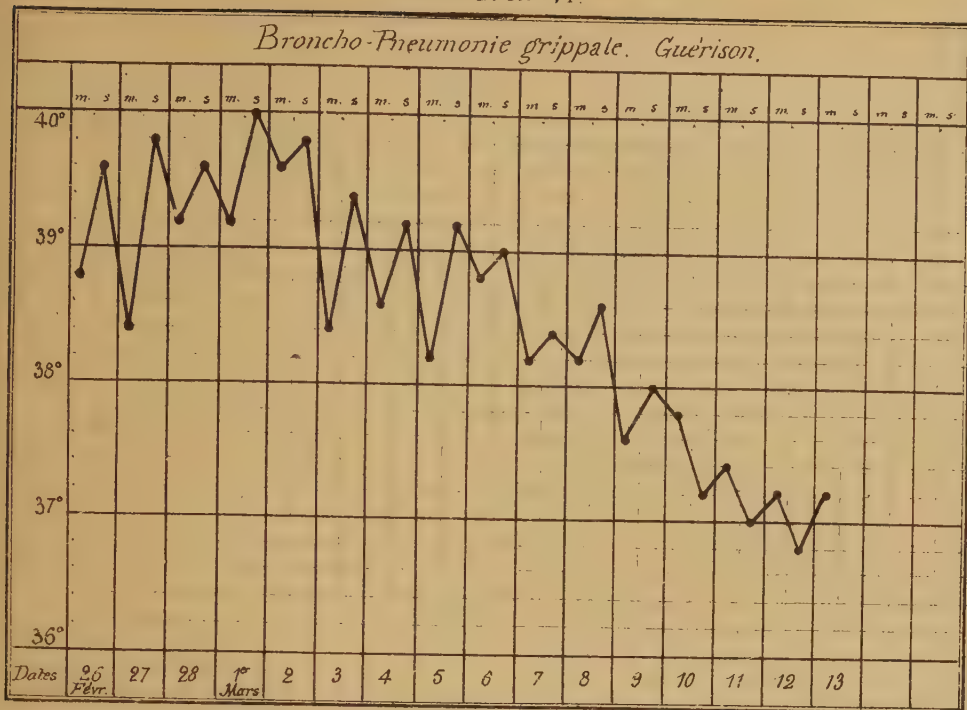
Observation IV



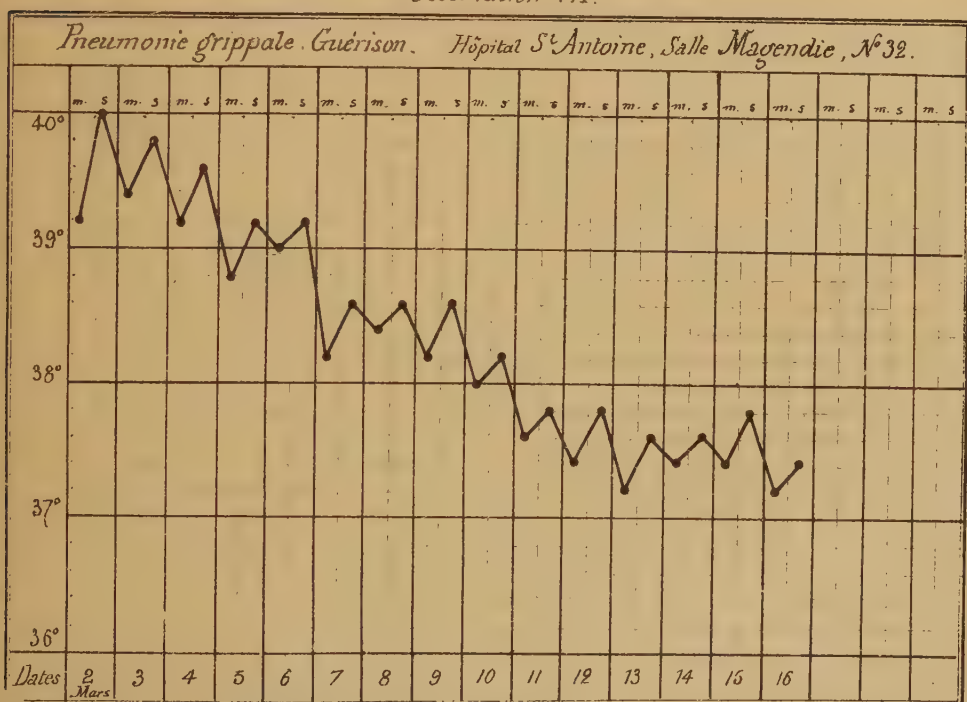
Observation V.



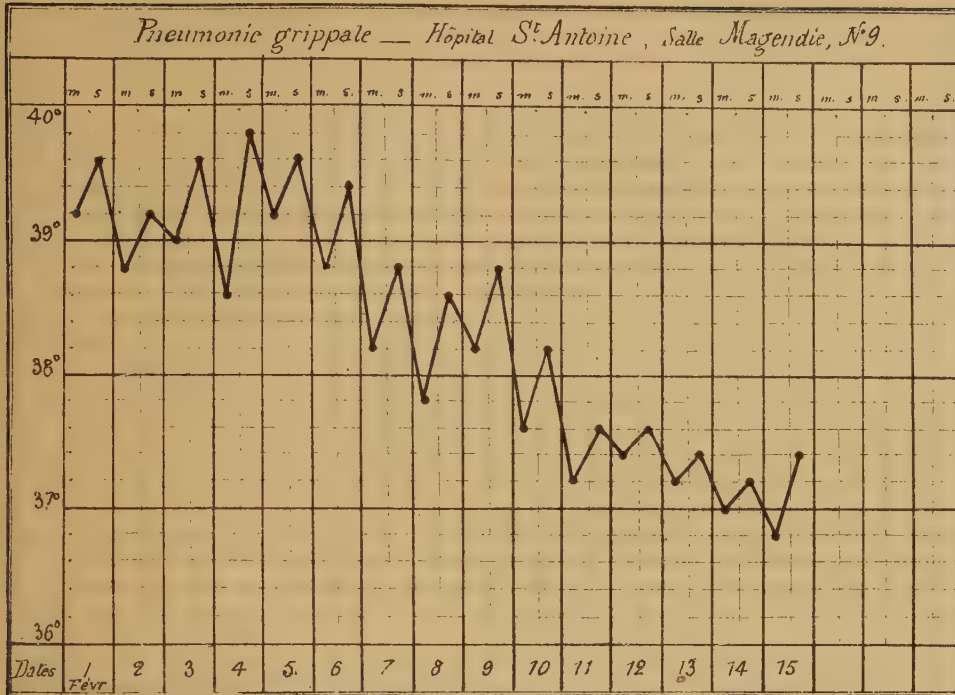
Observation VI.



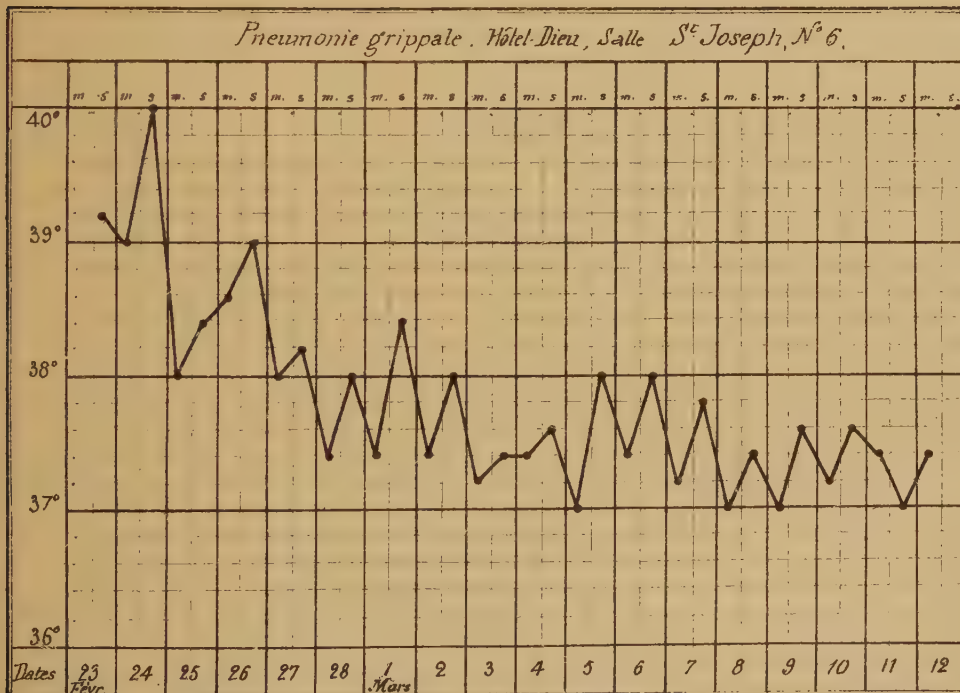
Observation VII.



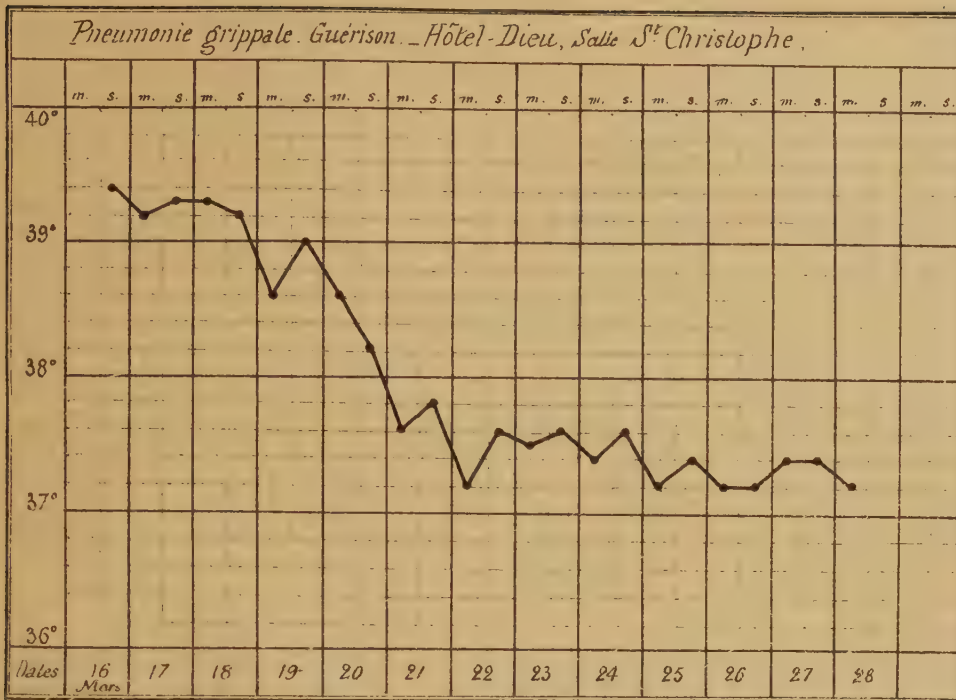
Observation VIII.



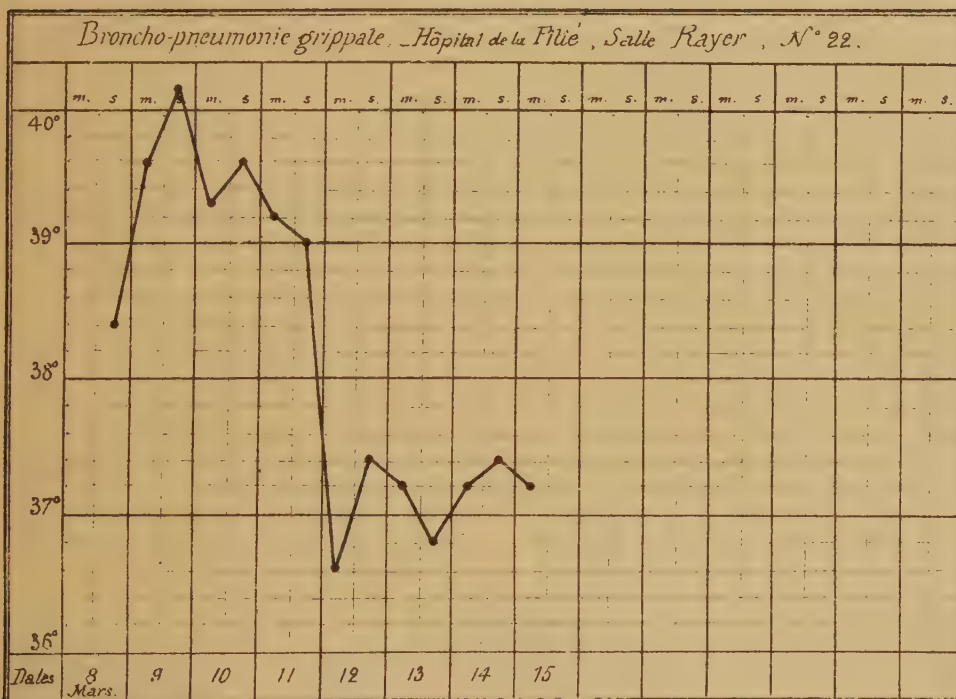
Observation IX.



Observation X

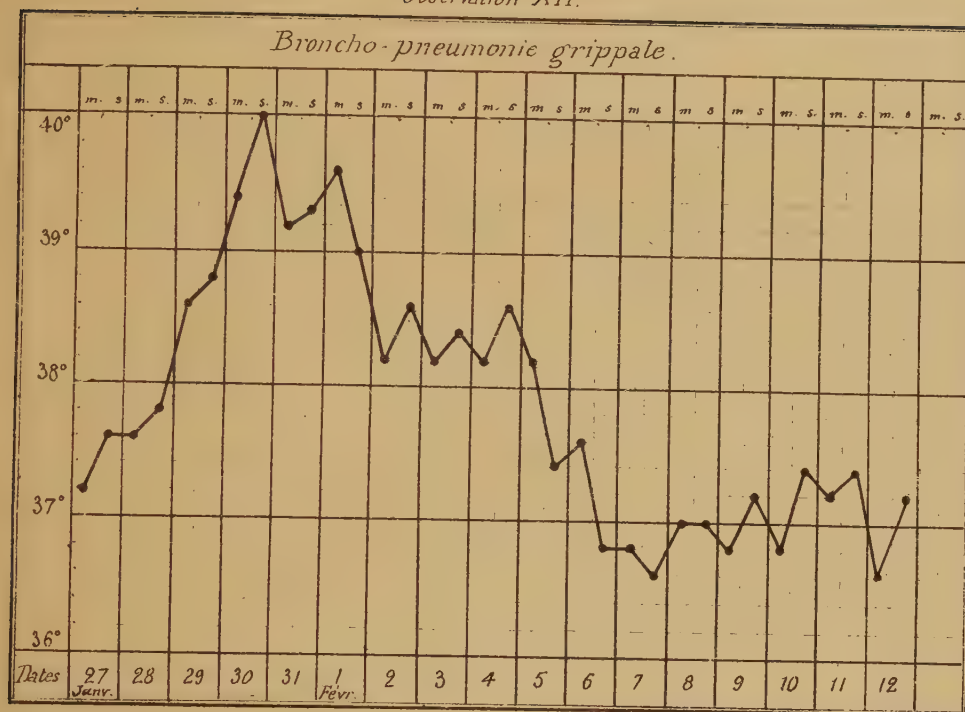


Observation XI

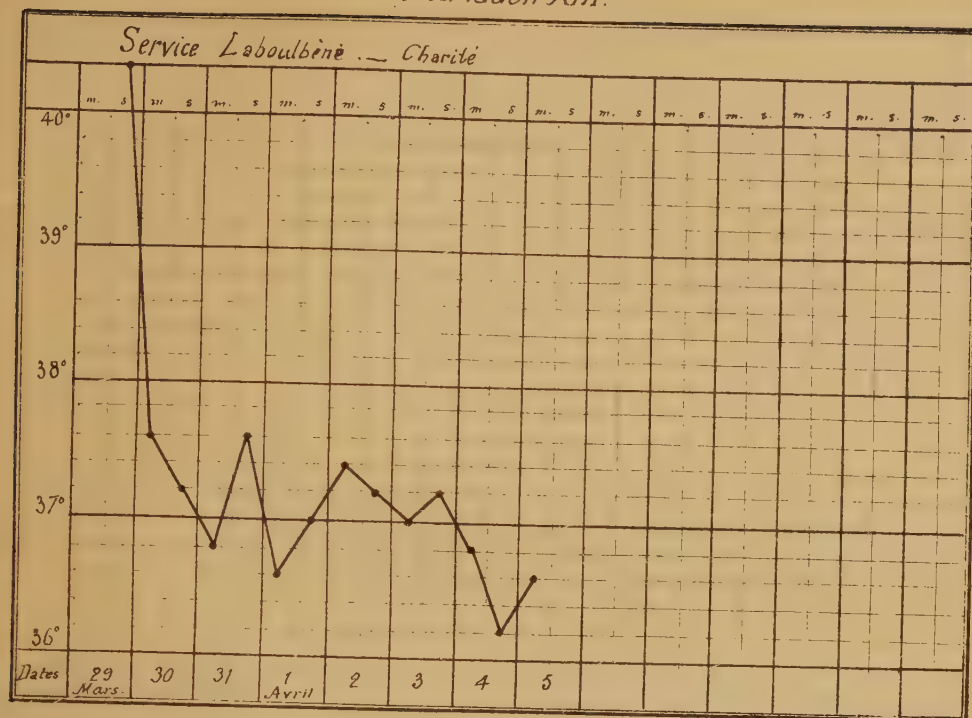


Observation XII.

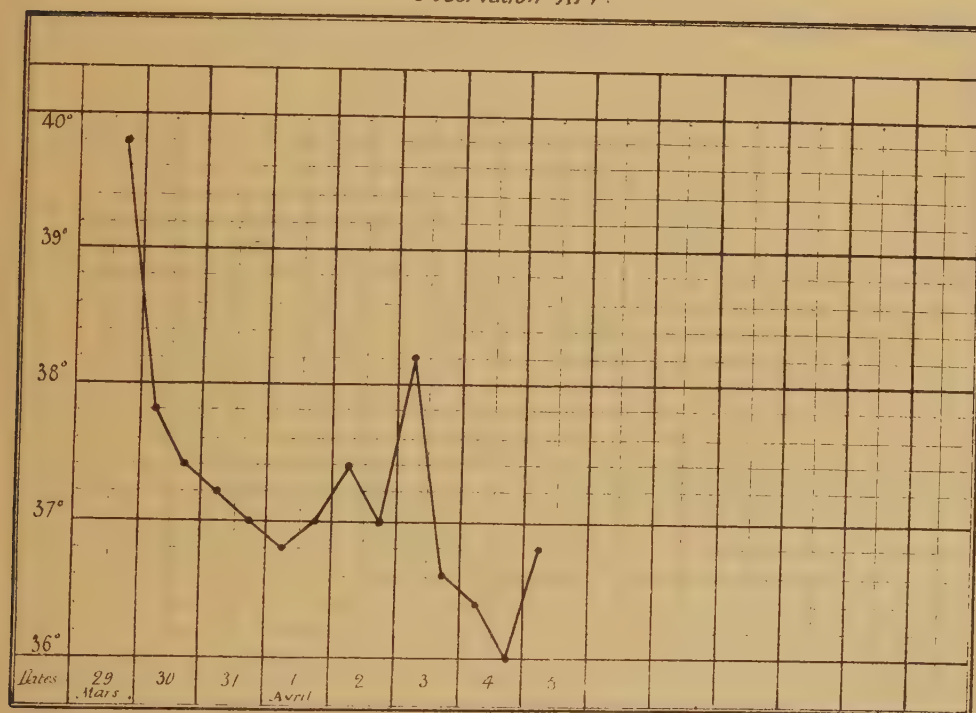
Broncho-pneumonie grippale.



Observation XIII.



Observation XIV.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE (1)

- BALZER. — De la broncho-pneumonie. Th. de Paris, 1878.
— Article Broncho-pneumonie, du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1880.
- BERGERON. — Pneumonie des vieillards. Th. de doct., 1866.
— Caractères généraux des affections catarrhales. Th. de concours, 1872.
- BIERMER. — Article Influenza, in Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie, t. V, 1^{re} partie. Erlangen, 1866, p. 592-634.
- BOENS (Hub.). — Fréquence de la pneumonie dans la grippe. In Bulletin de l'Académie de Belgique, t. XVI.
- BROCHIN. — Article Catarrhe et article Grippe, du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.
- BROUARDEL. — Grippe: Fièvre catarrhale, in Gaz. hebd. de méd. et de chirurg., 1872.
- BUCQUOY. — De la grippe. Mouvement médical, 1875.
- CARRIÈRE. — Union médicale, 1875, n^{os} 57 et 59.
- CHARCOT. — Maladies des vieillards.
- COLIN (Léon). — Traité des maladies épidémiques. Paris, 1879.
- COMPENDIUM de médecine pratique.

(1) Nous signalons surtout dans cet Index les travaux les plus récents parus sur la matière.

- CORNIL. — Anatomie pathologique des diverses espèces de pneumonie. Gaz. des hôpit., 1865.
- Anatomie pathologique des broncho-pneumonies. Semaine médicale, 26 août 1885.
- CORNIL et BABÈS. — Les bactéries. Paris, Alcan, 1885. 1 vol. in-8.
- DAMASCHINO. — Diff. formes de la pneumonie des enfants. Th. doct., 1867.
- DARTIGOLLES. — Des formes de la grippe. Thèse de 1873.
- DEBOVE. — Pathologie et thérapeutique de la grippe (Leçons cliniques), in Revue médicale, janvier 1880.
- DOUSSAIN. — Formes cliniques et diagnostic de la grippe. Th. de Paris, 1880.
- EADE. — Influenza in East Anglia, in The Lancet, march 16, 1878.
- EULENBURG. — Real. Encycl. der Gesamt. Heilkunde, article « Grippe ».
- FONTERET. — Traité de la grippe. Gaz. méd. de Lyon, 1872.
- FOUREAU DE BEAUREGARD. — De la pneumonie comme complication des maladies aiguës ou chroniques. Th. de Paris, 1851.
- GINTRAC. — Art. Grippe, du Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.
- GRAVES. — Leçons de clinique médicale. Traduct. et notes de Jaccoud. Paris, 1862.
- HART (P.). — Notes sur quelques particularités de la pneumonie. Journal of the American medical Association, 10 oct. 1885.
- HALL. — London Epidemical Transactions, II, 1839.
- HAYEM. — Des bronchites. Thèse d'agrég., 1866.
- HEIDENHAIN. — Beitrag zur Frage nach den Ursachen der Pneumonie. Virchow's Archiv für Patholog. Anat., Band LXX.
- HENDERSON. — Glasgow medical Journal, oct. 1877.
- HIRSCH (de Berlin). — Manuel de pathologie historique et de géographie. Stutgard, 1881.

- JOFFROY. — Des différentes formes de la broncho-pneumonie.
Th. d'agrég., 1880. Paris, Delahaye.
- LAENNEC. — Traité de l'auscultation, édit. de 1879.
- LANDAU. — Archives générales de médecine, 1837.
- LAPIE. — Thèse de Paris, 1876.
- LÉPINE. — Art. Pneumonie in Nouv. Dict. de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1880.
- LOMBARD. — Grippe de 1831. Gaz. méd. de Paris, 1833.
- MALCORPS. — La grippe et ses épidémies. Bruxelles, 1876.
- MOREAU. — Thèse de Paris, 1885.
- NEBOUT. — Etude sur la grippe. Th. de Paris, 1876.
- OLLIVIER. — Gazette médicale de Paris, 1875. Contribution à l'étude de la contagion de la grippe.
- PARKES. — Influenza; in System of medicine, edited by R. Reynolds, t. I. London, 1866.
- PARROT. — Des ecchymoses sous-pleurales. Revue mensuelle de méd. et de chir., 1879, p. 693.
- PÉTREQUIN. — Histoire générale de la grippe de 1837 en France et en Italie. Gazette médicale de Paris, 1837.
- PIORRY. — Caractères distinctifs des pneumonies pendant l'épidémie de grippe. Gazette médicale de Paris, 1837.
- POTAIN. — Grippe, Fièvre typhoïde intercurrente. Gazette des hôpitaux, 6 avril 1881.
- SÉE (Germain). — Maladies spécifiques non tuberculeuses du poumon. Paris, Delahaye, 1885. 1 vol. in-8°.
- SEIFER (Otto). — Ueber Influenza (Volkmann's Sammlung Klinischer Vorträge, n° 240), 1884.
- VINCENT. — Des différentes formes de la grippe. Th. de Paris, 1867.
- VULPIAN. — Des pneumonies secondaires. Th. d'agrég., 1860.
- WEBSTER. — Boston medical and surgical journal, 1871.
- ZIEMSEN. — Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. Article « Grippe », de Zuelzer, t. II, 1^{re} partie. Leipzig, 1874.
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	5
CHAPITRE I. — <i>De la grippe en général</i> (Etymologie. — Synonymie. — Epidémiographie), etc.....	7
Des complications.....	21
CHAPITRE II. — <i>De la pneumonie et broncho-pneumonie grippales</i>	25
1° Etiologie. — Pathogénie. — Anatomie patholo- gique.....	25
<i>a.</i> Pneumonie.....	28
<i>b.</i> Broncho-pneumonie.....	31
2° Symptomatologie.....	37
3° Marche. — Durée. — Terminaison. — Pro- nostic et Mortalité.....	45
4° Traitement.....	45
5° Diagnostic différentiel.....	50
CHAPITRE III (Observations).....	52
Conclusions.....	88
Index bibliographique.....	89
